



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL  
TITULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MODIFICAR  
FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS  
DE DOS CONSULTORIOS DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018”**

**AUTORA:**

**MD. MARÍA TERESA HERRERA CHICA**

**TUTOR:**

**DRA. NIURKA GINORIO SUÁREZ**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**2018**



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por la *Md. María Teresa Herrera Chica*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

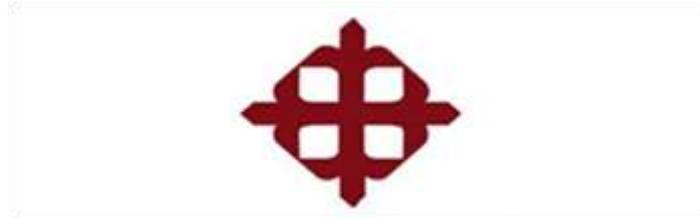
---

Dra. Niurka Ginorio Suárez

DIRECTOR DEL PROGRAMA

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD:

Yo, María Teresa Herrera Chica

DECLARO QUE:

El Trabajo de Investigación “Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Año 2018”, previo a la obtención del título de especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

EL AUTOR:

---

Md. María Teresa Herrera Chica



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

Yo, María Teresa Herrera Chica

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud N° 8. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

---

Md. María Teresa Herrera Chica

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS DRA. MARIA TERESA HERRERA CHICA.doc (D45719458)  
Submitted: 12/14/2018 1:45:00 AM  
Submitted By: doctoritaacuariana18@gmail.com  
Significance: 3 %

### Sources included in the report:

TESIS DR. BRAVO.docx (D45643200)  
Raul Urgiles Calero.docx (D45509515)

### Instances where selected sources appear:

9

## **1 Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a Dios por brindarme sabiduría, perseverancia, y mucho amor para con mi prójimo ya que sin ellos no hubiera podido culminar el presente estudio.

A mis padres que han sido formadores de mi educación y valores en mi diario vivir, a mis amados hijos que son la pupila de mis ojos, a mis tutores que de manera desinteresada han sido partícipes de esta investigación.

## **2 Dedicatoria**

A mis amores, mi razón de ser mis bellos hijos Jesús y Sebastián, mi fortaleza por las cuales aprendí que con amor y humildad se llega a la meta propuesta.

Con mucho amor a mis ángeles protectores a los cuales extraño infinitamente ya que su partida me dejó un vacío grande e irreparable en mi corazón: mi abuelita y mi padre cumpliendo sus sueños de ser especialista que, aunque no celebren hoy conmigo sé que desde el cielo lo festejan.

A mi madre, Economista Josefina Chica Morán, a la cual amo y admiro mucho ya que a pesar de su delicado estado de salud continúa luchando por su bienestar y no recaer, la misma que se convirtió en el pilar fundamental de mi familia y que a pesar de cualquier adversidad ha estado apoyándome.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

F \_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDIVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

F \_\_\_\_\_  
DRA SANNY ARANA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE

F \_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE



## ÍNDICE GENERAL

<b>1 AGRADECIMIENTO</b> .....	VI
<b>2 DEDICATORIA</b> .....	VII
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	X
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	XI
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b> .....	XIII
<b>RESUMEN</b> .....	XIV
<b>ABSTRACT</b> .....	XV
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>EL PROBLEMA</b> .....	7
<b>11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO</b> .....	7
<b>11.2 FORMULACIÓN</b> .....	9
<b>12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS</b> .....	10
<b>12.1 GENERAL</b> .....	10
<b>12.2 ESPECÍFICOS</b> .....	10
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	11
<b>13.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> .....	11
<b>13.2 EPIDEMIOLOGIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> .....	12
<b>13.3 CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> .....	13
<b>13.4 FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> .....	15
<b>13.5 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO O MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS</b> . 23	
<b>13.6 HABILIDADES DE PARTICIPACIÓN PEDAGÓGICA</b> .....	25
<b>14 MÉTODOS</b> .....	26
<b>14.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO</b> .....	26
<b>14.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	27
<b>14.2.1 Criterios y procedimientos de elección de la muestra o colaboradores del estudio</b> .....	27
<b>14.2.2 Forma de recaudación de la investigación</b> .....	27
<b>14.2.3 Técnicas de recolección de información</b> .....	29
<b>14.2.4 Técnicas de análisis estadístico</b> .....	30
<b>14.3 VARIABLES</b> .....	31
<b>14.3.1 Operacionalización de variables</b> .....	31
<b>15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	34

## ÍNDICE DE TABLAS

<u>TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN EDAD Y SEXO. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N°8. AÑO 2018.</u> .....	34
<u>TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N°8. AÑO 2018.</u> .....	35
<u>TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN EMPLEO Y SEXO. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N°8. AÑO 2018.</u> .....	35
<u>TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN CIVIL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N°8. AÑO 2018.</u> ...	36
<u>TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN LA ETNIA Y SEXO. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N°8. AÑO 2018.</u> .....	37
<u>TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN REALIZACIÓN DE EJERCICIOS FÍSICOS. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.</u> .....	37
<u>TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL SEXO Y ESTADO NUTRICIONAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.</u> .....	38
<u>TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN HÁBITOS ALIMENTARIOS. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.</u> .....	38
<u>TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.</u> .....	39
<u>TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.</u> .....	40

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN COMPONENTES DE ESTRATEGIA DIDÁCTICA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018...... 41

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN COMPONENTE DE ESTRATEGIA FRECUENCIA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018...... 41

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN COMPONENTE DE ESTRATEGIA TIEMPO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.  
..... 42

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE HIPERTENSOS SEGÚN COMPONENTE DE ESTRATEGIA LUGAR SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIOS 4 Y 6 DEL CENTRO DE SALUD N° 8. AÑO 2018.  
..... 42

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.....	59
ANEXO2.....	60
ANEXO3.....	64

## **Resumen**

**Antecedentes:** La hipertensión arterial es una enfermedad crónica considerada como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, siendo un problema de salud a nivel mundial. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, de los consultorios 4 y 6 del centro de salud No.8, en el año 2018, la información se recogió con una encuesta confeccionada por el autor y procesada con el programa SPSS versión 22.0. **Resultados:** predominó el sexo femenino con 83 (55,3%), el grupo de edad de 60 a 64 años con 38 (25,3%), la mayoría con instrucción de bachiller 76 (50,7%), la ocupación trabajadora por cuenta propia con 74 (49,3%), predominio el estado civil casado con 62 (41,3%); se autoidentificaron como etnia mestiza con 101 (67,3%). El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo menos identificado fue las dietas altas en sodio y grasas con el 87,3% (131); se alimentan de forma inadecuada con 142 (94,7%), los antecedentes familiares de hipertensión con 124 (82,7%), no realiza ejercicio físico con 94 (62,6%), el sobrepeso con 83 (55,3%). **Conclusiones:** La prevalencia encontrada en la investigación de hipertensión son mujeres mestizas, con escolaridad bachiller, casadas, trabajan por cuenta propia, el mayor porcentaje de hipertensos no conoce su enfermedad, y de los factores de riesgos que la ocasionan, la estrategia quedaría conformada por charlas cada quince días con duración de treinta minutos en el centro de salud y con los temas de menor conocimiento.

**Palabras Clave:** HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIA EDUCATIVA

## **Abstract**

Background: Hypertension is a chronic disease considered one of the main cardiovascular risk factors, being a global health problem. Materials and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in 150 patients diagnosed with hypertension, from clinics 4 and 6 of the health center No.8, in 2018, the information was collected with a ready-made survey by the author and processed with the SPSS program version 22.0. Results: the female sex predominated with 83 (55.3%), the age group of 60 to 64 years with 38 (25.3%), the majority with high school education 76 (50.7%), the worker occupation by account own with 74 (49.3%), predominance marital status married with 62 (41.3%); they self-identified as a mestizo ethnic group with 101 (67.3%). The level of knowledge about risk factors less identified was the diets high in sodium and fats with 87.3% (131); they are inadequately fed with 142 (94.7%), family history of hypertension with 124 (82.7%), no physical exercise with 94 (62.6%), overweight with 83 (55.3%). Conclusions: The prevalence found in hypertension research is mixed women, with high school education, married, working on their own, the highest percentage of hypertensives does not know their disease, and the risk factors that cause it, the strategy would be shaped by talks every fifteen days with a duration of thirty minutes in the health center and with topics of less knowledge.

**Keywords: BLOOD HYPERTENSION, RISK FACTORS, EDUCATIONAL STRATEGY**

## INTRODUCCIÓN

La tensión alta referida especialmente a la sangre de las arterias es un grave padecimiento con una gran prevalencia, considerada como uno de los vitales componentes de compromiso circulatorio y como una cuestión de salubridad común de primera magnitud ocasionando importantes repercusiones económicas y sociales. (1)

A nivel mundial, las afecciones que afectan al corazón y vasos sanguíneos son causantes de alrededor de 17 millones de fallecimientos anuales. Entre ellas la hipertensión arterial, cuyas complicaciones causan 9,4 millones de muertes cada año. De las cuales el 45% corresponden a cardiopatías, especialmente isquémica y el 51% por accidente cerebrovascular; según datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de su informe general sobre hipertensión del año 2013. (2)

La hipertensión arterial (HTA) genera altos costos tanto en salud pública como a las familias e individuos debido a su tratamiento y complicaciones tales como enfermedades del corazón, eventos cerebrovasculares y enfermedades del riñón, ocasionando mortalidad y discapacidad prematuras. Este problema de salud pública mundial afecta desmedidamente a territorios con entradas económicas bajas y medianas, cuyos sistemas de salud son débiles. (2)

Los órganos de la OMS deberán perseguir los avances en material de prevención y control de estos padecimientos y sus primordiales componentes de peligro, teniendo como objetivo reducir cuantiosamente el número de personas hipertensas. Esto es posible bajo políticas de salud pública asequible, sostenible y eficaz; que fortalezcan los módulos del régimen de salud: gobernanza, financiación, información, recursos humanos, prestación de servicios y acceso a medicamentos genéricos de buena calidad y tecnología básica. Garantizando equitativamente a todas las personas el acercamiento a los servicios de prevención, curación y rehabilitación necesarios para prevenir la hipertensión y sus complicaciones. (2)

La hipertensión arterial (HTA) es un componente de riesgo cardiovascular de alta

prevalencia de morbimortalidad en el mundo, es una circunstancia clínica representada por un aumento de las cantidades de tensión arterial por arriba de 139/89 mm Hg y cualificada como uno de los inconvenientes más significativos de salubridad conocida en el mundo. En los territorios en progreso, las condiciones socioeconómicas, el cambio en los estilos de vida, la creciente salida con destino a regiones municipales y la decadencia de los habitantes, han contribuido al incremento de los padecimientos no transmisibles. (3)

El principal origen de fallecimiento en el mundo, tanto en masculinos como en femeninos son las enfermedades cerebrovasculares (ECV) (4,5) y se pronostica que su magnitud se aumente con el pasar de los años, estimándose para el 2030 la ocurrencia de 23,6 millones defunciones en el mundo. (6) En el año 2012 esta entidad representó el 31% de la mortalidad general; específicamente la cardiopatía coronaria y la enfermedad cerebrovascular aportaron el 13,2% y el 11,9% respectivamente a la mortalidad total. (7,8) En el territorio americano se observa un patrón similar, (9) aunque el aporte porcentual de las ECV a la mortalidad general es inferior 9,3% para la cardiopatía coronaria y 7,1% para la enfermedad cerebrovascular. (10)

De acuerdo a las estadísticas el predominio más alto de la tensión arterial se percibe en África (46% en adultos) y el más bajo en América (35%). Generalmente, su predominio es mínimo (35%) en las naciones de ingresos costosos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una discrepancia que cabe inculpar al triunfo de los regímenes públicos multisectoriales y al excelente acercamiento al cumplimiento de salud. (11)

En el Ecuador, las enfermedades del corazón, durante mucho tiempo se hallan entre las primeras diez causas de fallecimiento. Sin embargo, en el año 2014 dicho padecimiento representa el 25% de muerte. (12)

En Ecuador según antecedentes del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) más de un tercio de la urbe superior a 10 años (3'187.665) es pre hipertenso y 717.529 individuos entre 10 a 59 años padece de tensión arterial alta. (13) En el 2010 por primera vez se valoró la presión arterial de los adultos mayores en el Ecuador, a través del reporte, encontrándose el 42.7% de

los habitantes adultos mayores reportó valores alterados. Para el año 2011 la hipertensión se ubicó en el segundo lugar entre las causas de mortalidad general a nivel país según el INEC 2012. (14)

En la provincia del Guayas durante el año 2014 se presenta un patrón de mortalidad por estas causas similar al del país. La cardiopatía isquémica representa el 10,6%, y la enfermedad cerebrovascular el 7% del total de defunciones. (15) En el año 2011 representaron el 19,1% de todas las muertes prematuras (30-70 años) ocurridas en el país. (14)

En las deducciones de la guía latinoamericana de HTA del 2015, el 31.5% de los habitantes ecuatorianos tienen presión arterial alta, lo que representa que aproximadamente tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos, pero solo el 6.7% está controlada porcentaje muy bajo, teniendo en cuenta que el 23 % de la población afirma que se encuentra en tratamiento. (16)

Según datos epidemiológicos de la OMS se estima que 717.529 personas de 10 a 59 años sufren de tensión arterial alta en el Ecuador. (17) Las prevalencias más altas para hipertensión arterial se encuentran en Los Ríos (16.6%), Guayas (13.5%), Santa Elena (12.99%), Galápagos (12.1%), El Oro (11.8%) y Esmeraldas (11.7%) Las cifras más bajas se encuentran en las provincias de Pastaza (2.5%)

Este problema de salud implica elevados costos económicos para la sociedad, la comunidad y la familia, tanto en términos de gastos por concepto de atención médica, discapacidad, seguridad social, así como otros rubros que inciden en la situación económica del estado y los individuos. (18)

En el período del 60 del antiguo siglo, acrecienta la armería terapéutica destinado al control de la HTA y a otros factores de riesgo, disminuyendo así la incidencia de complicaciones. No solo se trata del uso de medicamentos, si no el tratamiento no farmacológico que está estrechamente relacionado con el cambio del modo de vida. (19)

Se encuentran distinguidos elementos de riesgo para la evolución de estos

padecimientos. (20,21,22). Mientras más componentes de riesgo posea un individuo, superiores estarán las probabilidades de sufrir mencionado padecimiento. (22)

Los componentes de peligro del sistema circulatorio y vasos sanguíneos poseen gran consideración hospitalaria, así como el producto agregado, al coincidir varios de ellos en un mismo individuo, y pronosticar los registros del padecimiento. (23,24)

Asimismo, se debe tener en cuenta el indispensable cálculo y definir apropiadamente la tensión arterial ya sea para el estudio como para el tratamiento de la tensión arterial. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la valoración y tratamiento de los pacientes. (25)

En territorios de entradas económicas bajas y medianas la hipertensión es más prevalente, ello se atribuye a que la cifra de población de esos naciones es superior que el de los naciones de ingresos elevados (2) similar resultado obtuvo el estudio Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE), un programa iniciado por el Prof. Salim Yusuf para evaluar la salud de más de 600 comunidades seleccionadas de 17 países con diferentes condiciones socioeconómicas; entre países de altos, medianos y bajos ingresos, observando además las diferencias entre las comunidades rurales y urbanas. (26)

Los condiciones de subsistencia son definidos por la presencia de elementos de inseguridad y de elementos benefactores para la comodidad, por lo que la táctica para cambiar estilos de vida saludables es el compromiso individual, social, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y mejora la forma de vida de las personas. (27)

Destacando la modificación de los estilos de vida, la incorporación de hábitos saludables disminuiría los riesgos de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y otras complicaciones que puedan afectar su calidad de vida; mediante la valoración del estado nutricional, acrecentamiento de la gimnasia, deterioro de actividad física, reducción en la ingesta de alcohol, de sodio, del estado de tensión emocional y física, acrecentamiento del sueño en las noches, alejamiento de la costumbre de humear. (28)

La guía del vigilancia de la mayor parte de los padecimientos crónicos no infecciosos afines a las conductas de peligro se sitúa esencialmente en las costumbres usuales; como es el sedentarismo, la ingesta de sustancias nocivas para la salud y la inadecuada alimentación. Por ello se hace necesario que los pacientes enfermos de hipertensión arterial modifiquen los factores de riesgo para evitar el progreso de la enfermedad, mantenerse compensados y no desarrollar complicaciones cardiovasculares posteriores que terminarán con su vida. (29)

Si los individuos cambiaran los componentes de inseguridad existentes indisputablemente se impediría el 34% de los eventos cerebrovasculares, el 20% de infarto del corazón y aproximadamente el 60% de insuficiencia cardiaca, componentes que están vinculados estrechamente con la tensión arterial alta. (30)

Los componentes de peligro transformables reconocidos pueden ser utilizados para direccionar las labores educativas que se desarrollen por parte de Equipo de Atención Integral de Salud en correspondencia con lo planteado en el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador (MAIS). Por otra parte, el Comité Local de Salud al disponer de la información sobre la problemática dispone de información científica actualizada para la planificación y ejecución de sus actividades. (31)

En la población perteneciente a los consultorios médico familiar 4 y 6 del Centro de Salud N° 8, durante el proceso de dispensarización y realización del Análisis de la situación de Salud 2016, se evidencio a la HTA como la morbilidad con mayor prevalencia del sector; presenta el 43,38%, hipercolesterolemia 27,71%, diabetes mellitus 17,47% y obesidad 5,42%. (31) Importantes factores de riesgo para presentar una ECV.

Por lo antes expuesto se realiza esta investigación con el objetivo de diseñar una estrategia educativa para modificar componentes de peligro de la hipertensión arterial en la población de 20 a 64 años de los consultorios 4 y 6 del Centro de Salud No.8. en el año 2018. (32)

## **EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

La tensión arterial alta se ha transformado en un inconveniente de salubridad gubernamental en el mundo, se aprecia que ocasiona 7,6 millones de fallecimientos precoces (13,5 % del total) y quebrantos por 92 millones de dólares, la administración y vigilancia de este padecimiento se halla como precedencia en los objetivos higiénicos de la OMS,(33) por esta causa el autocontrol se transforma en el primordial componente terapéutico del adecuado control de la enfermedad, el conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión es la piedra angular para el paciente ya que influye en el control y manejo de su enfermedad.

En el 2012 la prevalencia de HTA en Ecuador medida por ENSANUT en los habiaatmtes de 18 a 59 años fue de 9,3%, de esto 7,5% afecta a la población femenina y 11,2% al sexo masculino, sin embargo, la prehipertensión arterial tiene una prevalencia de 37,2% con valores de 27,1% en las mujeres y 48,0% en los hombres. (34)

Las prevalencias más altas para hipertensión arterial se encuentran en Los Ríos (16.6%), y las cifras más bajas se encuentran en las provincias de Pastaza (2.5%). Este inconveniente de salubridad involucra eminentes gastos monetarios para la humanidad, la sociedad y la familia, tanto en consumos por significación de cuidado de la salud, invalidez, seguridad social, así como la ambiente económico del estado y los habitantes. (20)

La población perteneciente al consultorio médico familiar 4 y 6 del centro de salud No.8, muestra gran prevalencia de importantes factores de riesgo cardiovascular encontrándose así alta morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial en el 43,38% de la población de adultos. (32)

La población del área del centro de salud No.8 es de mediano nivel escolar, con inadecuados hábitos alimentarios, condiciones higiénicas sanitarias desfavorables y estilos de vida no saludable. No existe una investigación anterior que describa estos

factores en la población de hipertensos adultos y por tanto tampoco se han elaborado estrategias para modificar los mismos y lograr un mejor estilo de vida, evitando las complicaciones. (32)

En el cantón Guayaquil, durante el año 2014 las enfermedades cardiovasculares se ubicaron entre las cinco primeras causas de mortalidad general. Las enfermedades del corazón tipo isquémico y la enfermedad cerebrovascular aportaron el 18% a la mortalidad general del cantón. (35)

## **11.2 Formulación**

¿Qué elementos consideraría haber para la confección de una estrategia educativa para modificar componentes de inseguridad de la tensión arterial en los pacientes de 20 a 64 años de edad del consultorio 4 y 6 del centro de salud No.8 en el año 2018?

## **12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 General**

Plantear una habilidad pedagógica para cambiar los componentes de peligro de la tensión arterial elevada en los hipertensos de 20 a 64 años del consultorio 4 y 6, del centro de salud N° 8 en el año 2018.

### **12.2 Específicos**

- 1.- Determinar los pacientes hipertensos de 20 a 64 años de edad según variables sociodemográficas y clínicas.
- 2.- Identificar componentes de peligro en la población de estudio.
- 3.- Identificar el conocimiento sobre los elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada en los hipertensos de estudio.
- 4.- Determinar los componentes de una táctica pedagógica para cambiar elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada.
- 5.-Elaborar una táctica pedagógica para cambiar elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada.

## MARCO TEÓRICO

### 13.1 Hipertensión arterial

La tensión arterial elevada es un padecimiento circulatorio, sistémico, crónico, sin causa determinada en la generalidad de casos; cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica y diastólica. En la población adulta, el sitio de cortadura para la tensión arterial sistólica es  $>$  o igual a 140 y para la diastólica  $>$  o igual a 90. (36)

Se presentan dos clases de tensión arterial alta: tensión arterial primaria o esencial, de la cual se desconocen los verdaderos mecanismos, pero se sabe que hay una serie de componentes que están comprometidos en su progreso (sedentarismo, sobrepeso, estrés, tabaquismo, consumo excesivo de sal entre otros). La tensión arterial secundaria que es menos frecuente y se produce como consecuencia de una sustancia nociva o bien una enfermedad; en estos casos el paciente no suele responder a los tratamientos antihipertensivos ni a las medidas del cambio del estilo de vida. (37)

Las cifras altas de tensión arterial de manera sostenida representan mayor peligro de acontecimientos cardiovasculares y reducción de la función de diferentes órganos, asociándose a comorbilidades como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica, infarto de miocardio, retinopatía, deterioro cognoscitivo, aterosclerosis periférica. (36,38)

Los padecimientos cardiovasculares asimismo son unas de las causas de pobreza que dificultan el desarrollo económico a nivel mundial. (38)

## 13.2 Epidemiología de la hipertensión arterial

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (39) La prevalencia creciente de la hipertensión se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés. (39)

El registro del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del Ecuador en el 2014 reporta que del total de registros de HTA el 47.54% corresponde a los hombres y el 52.46% a mujeres; y el grupo de mayor vulnerabilidad son los adultos mayores con 52.39%, sin embargo, en el grupo de 36 a 64 años es del 40.63%. (37)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (M.S.P), muestra estadísticas durante el período 2012 donde la prevalencia de hipertensión arterial medida por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en la población de 18 a 59 años fue de 9,3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11,2% en los hombres. La encuesta sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE II), realizada en 2010, mostró una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más de 44,4%. (40)

En el Ecuador existen aproximadamente 16.027.466 habitantes, de los cuales 5'048.651, que representa un 31.5% de la población sufre HTA. En nuestro país, 3 de cada 10 ecuatorianos son hipertensos (37).

De 62.981 defunciones ocurridas en ese año, la principal causa de mortalidad general correspondió a la cardiopatía isquémica con 4.430 fallecidos (7%); mientras el accidente cerebrovascular fue la tercera causa con 3.777 fallecidos lo cual representó el 6% del total de defunciones. (41)

En Ecuador, hace unos cuantos años las ECV se encuentran dentro de las diez primeras causas de mortalidad y morbilidad. En el año 2011 representaron el 19% de todas las muertes prematuras (30-70 años) ocurridas en el país. (42) y en el año 2014, las ECV aportan el 25% a la mortalidad general del país, sin embargo, otros estudios muestran mayor vulnerabilidad en mayor de 45 años en hombres y mayor de 55 años en mujeres, como factor de riesgo cardiovascular. (43)

En la provincia del Guayas durante el año 2014, se registraron 17.103 defunciones, de las cuales 1.807 muertes ocurrieron por enfermedad isquémica del corazón, 1.256 por enfermedades cerebro vasculares, ubicándose ambas dentro de las principales fuentes de defunciones de la provincia. La principal causa de muerte fue la cardiopatía isquémica con el 10,6%, el accidente cerebrovascular ocupó la tercera causa de muerte con el 7%, superado por la enfermedad hipertensiva que se ubicó como la segunda causa de muerte con el 8,7%. (44)

En el cantón Guayaquil en el año 2014, se registraron 11.577 defunciones, de las cuales 1.285 tuvieron como causa las enfermedades isquémicas del corazón, 831 fallecieron por enfermedad cerebrovascular ubicando a la enfermedad isquémica del corazón en el segundo lugar con el 11% y la enfermedad cerebrovascular el quinto lugar con el 7%. (45)

### **13.3 Clasificación de hipertensión arterial**

La hipertensión arterial puede clasificarse según su etiología en:

Hipertensión arterial primaria llamada también esencial es de origen desconocido y representa el 90 al 95% de los casos. (25,28)

Hipertensión arterial secundaria es debida a una causa identificable y corresponde del 5 al 10% de los casos. (25, 28) Entre las causas más frecuentes se encuentran:

enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, endocrinas (hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma) y uso de medicamentos como fenilpropanolamina, anticonceptivos orales y corticoides, hipertensión arterial inducida por el embarazo, entre otros. Diversas claves en la historia clínica, el examen físico y los exámenes paraclínicos pueden sugerir HTA secundaria. (46,47)

Tanto la Asociación Norteamericana del Corazón en el Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC7, por sus siglas en inglés), como la Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión arterial con cifras de 140/90 mm Hg para individuos mayores de 18 años. (48)

La clasificación del JNC7 se basa en el promedio de  $\geq 2$  medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien calibrados, en cada una de  $\geq 2$  visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la hipertensión en estadios 1 y 2. Además el JNC7 ha definido la presión arterial normal como  $< 120$  y  $< 80$  mmHg, los niveles intermedios de 120 a 139 y de 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión. (48)

Los pacientes diagnosticados con pre-hipertensión tienen un riesgo incrementado para desarrollar HTA; los situados en cifras de 130-139/80-89 mm de Hg tienen un doble riesgo para presentar HTA que los sujetos que tienen cifras menores. (48)

Distribución de la tensión arterial Asociación Norteamericana del Corazón: Séptimo informe del <i>Joint National Committee</i>			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Clase	Sistólica		Diastólica
Normal	$< 120$	Y	$< 80$
Prehipertensión	120-139	O	80-89
Hipertensión Arterial			

Hipertensión Estadio 1	140–159	O	90–99
Hipertensión Estadio 2	$\geq 160$	O	$\geq 100$

### 13.4 Factores de riesgo de la Hipertensión arterial

Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es un hábito o estilo de vida que incrementa la probabilidad de padecer o de morir por una ECV en aquellas personas que lo presentan. (49)

Es posible descubrir factores de riesgo en cualquiera de las esferas que pueden condicionar la aparición de enfermedad: el medio ambiente físico, psíquico, social y las alteraciones genéticas. (50)

El Estudio del Corazón de Framingham, proyecto del Instituto Nacional Cardíaco, Pulmonar y Sanguíneo y la Universidad de Boston, tenía por objetivo identificar los factores o características que contribuyen a la aparición de las enfermedades cardiovasculares. (51)

Gracias a este estudio se determinaron los denominados factores de riesgo coronario mayores: hábito de fumar, hipertensión arterial, niveles elevados de colesterol total, niveles bajos de colesterol HDL, aumento de lipoproteína de baja densidad, diabetes mellitus y edad avanzada y factores de riesgo menores: obesidad, sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura, hipertrigliceridemia y aumento de la lipoproteína A, y a partir de los datos provenientes de estos estudios se han elaborado y validado distintas escalas para calcular el riesgo cardiovascular. (51,52)

Desde un punto de vista médico los FRCV por ser la base de la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares han sido clasificados en conductuales o modificables y genéticos o no modificables. (53)

Dentro de esta clasificación los FRCV modificables son aquéllos en los que se puede incidir para excluir, cambiar o intervenir, para reducir el riesgo cardiovascular de la población que los presenta, se incluyen en estos: la hipercolesterolemia, el tabaquismo, disminución del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL-colesterol, aumento del colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol), diabetes mellitus, sedentarismo, obesidad, el sobrepeso, la adquisición exagerada de alcohol, el estrés, la ocupación, entre otros. (53)

Por otra parte, entre los FRCV no modificables se encuentra: la edad, el sexo, la etnia, la herencia ó antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura (hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) (54), y los factores psicosociales y socioeconómicos. (53) Esta clasificación concuerda con la descrita y establecida por la OMS. (55)

Una vez reconocidos los factores de riesgo que presenta cada paciente se podrán tomar las medidas terapéuticas correspondientes; por lo tanto, podrá realizarse intervenciones educativas para modificar su estilo de vida, así como un tratamiento farmacológico adecuado, dicha asociación hace que la persona tenga una vida digna de vivir aun presentando esta enfermedad.

Factores de riesgos no modificables:

Son el resultado de condiciones genéticas ó físicas que no cabe modificar dentro de los cambios en el estilo de vida.

Edad: Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer ataques cardíacos. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a enfermedades cardíacas se producen en personas mayores de 65 años de edad. (56)

Mientras tanto, las mujeres hasta los 50 años están protegidas por los estrógenos

(hormonas femeninas), pero esta protección desaparece después de los 50 y a los 60/65 años el riesgo es igual al de los hombres. (56)

Sexo: generalmente el sexo masculino poseen más peligro que las del sexo femenino en sufrir un problema del corazón. Después de la pubertad los varones presentan valores más altos. Sin embargo, en la encuesta realizada por el INEC 2010 reporta datos relevantes en el sexo femenino representado por un 50,2% de la población de Ecuador. (58) En la menopausia las mujeres tienden a presentar unos niveles de presión arterial más elevada que en los hombres de su misma edad; sin embargo, después de la menopausia, el riesgo coronario femenino se acelera. (56)

Etnia: los estudios realizados han demostrado, que los niveles de hipertensión arterial son más altos en la población urbana de etnia negra que en la blanca, lo cual corresponde a factores genéticos y ambientales por la exposición durante mucho tiempo a los ambientes psicosociales adversos. (59) En Estados Unidos, un estudio como el National Health and Nutrition Examination Survey reporta un alto predominio de la hipertensión arterial en la etnia negra, el cual muestra una prevalencia de 40,5% mientras que en blancos es de 27,4% y en latinos de 25,1%.

Antecedentes familiares de hipertensión: el historial familiar cardiovascular incrementa la propensión a morir por trastornos cardíacos; es así que es indudable que dicha presencia de factores hereditarios predisponga a los individuos a la hipertensión, y los factores ambientales que parecen actuar solo en los individuos genéticamente susceptibles. Un niño con antecedentes de hipertensión arterial, tiene 40 – 60% posibilidades de desarrollar HTA en edad adulta. Los datos disponibles sugieren que la susceptibilidad genética es el resultado de múltiples genes. (60)

Factores socioeconómicos:

Nivel educativo: debido a presentar un bajo nivel educativo, los pacientes tienden a acudir de forma esporádica a los centros de salud por falta de conocimiento ya que no identifican síntomas de la enfermedad ni componentes de peligro afines con la misma, presentando de tal forma una captación tardía y con posibles (61)

Ocupación: Las ocupaciones con elevados niveles de tensión se convierten en un factor predisponente a la hipertensión, las mismas que se asocian a relaciones insatisfactorias durante el trabajo volviéndose agobiante causando aumento del tono muscular, frecuencia cardiaca rápida y vasoconstricción. Por ejemplo, las oficinistas que mantienen relaciones insatisfactorias con sus jefes muestran evidencias de un mayor riesgo cardiovascular. (61)

Nivel socioeconómico: las poblaciones expuestas a carencias económicas suelen presentar una elevada incidencia de hipertensión. Algunos factores considerados son deficientes hábitos nutricionales debido al bajo nivel laboral, fracaso, insatisfecho y represión de la hostilidad, contribuyendo a la hipertensión arterial relacionada con el estrés. Otros factores con posible impacto sobre la salud incluyen el acceso reducido a un cuidado sanitario de calidad y las deteriorables infraestructuras de las viviendas. (61)

Factores de riesgos modificables:

Son los que revelan los hábitos de vida del individuo. (62) A nivel mundial se observa un incremento en la influencia de componentes de peligro ocasionando daños a la salud de la población, especialmente aquellos asociados a la obesidad y sedentarismo, por naturaleza modificables

Hipercolesterolemia: se define de tal manera que los niveles sanguíneos de colesterol total son superiores a 200 mg/dl, las personas con hipercolesterolemia generalmente no presenta síntomas ni signos físicos, así que su diagnóstico sólo puede realizarse mediante un análisis sanguíneo. (63)

La relación causa-efecto entre hipercolesterolemia y cardiopatía está ampliamente demostrada, y se muestra como una relación continua, las cifras elevadas de colesterol total implican un incremento paralelo del riesgo cardiovascular. (64)

Las personas con niveles de colesterol en sangre de 240 mg/dl presentan el doble de riesgo de sufrir un infarto de corazón, por tanto, es un componente de riesgo de sufrir ECV y aterosclerosis carotídea. (65)

La ingesta total de grasa se relaciona con la obesidad e influye en los principales factores de riesgo para la aterosclerosis. Además, las dietas ricas en grasas aumentan la lipemia postprandial, asociado con riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares. (66)

Una ingesta de 25 mg de colesterol puede aumentar 1 mg/dl la colesterolemia. Los alimentos de mayor contenido en colesterol son: vísceras, embutidos, fiambres, huevos, manteca, quesos de alta maduración. La ingesta de colesterol hay que limitarla a menos de 300 mg/día. (67)

El sobrepeso y la obesidad: el sobrepeso e incluso la obesidad son frecuentes en la sociedad actual. La obesidad es el principal problema nutricional afectando entre el 15 y el 20% de la población. A partir de los 40 años tanto en hombres como en mujeres no escapa de esta tendencia, sino que aumenta el porcentaje. En el grupo de la población entre los 40 y 65 años el sobrepeso sobre pasa el 50%, mientras que el grado de obesidad está por encima del 15%, el sobrepeso y la obesidad según el estudio realizado por Doris Jetón, Sonia Pasato en la Universidad de Cuenca; incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la mortalidad prematura el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida. (57)

Para diagnosticar el sobrepeso y la obesidad se puede utilizar el IMC (Índice de Masa Corporal) que se calcula dividiendo los kilos de peso corporal de una persona, por su talla en metros al cuadrado  $IMC = Kg. /m^2$ . Si el resultado está entre 18,5 y 24,9 es peso normal; entre 25 y 29,9 es sobrepeso y si es mayor de 30,

obesidad. (56) El cociente cintura-cadera, un indicador indirecto de la obesidad abdominal o centrípeta predice de manera independiente el riesgo vascular en hombres mayores y en mujeres; de igual forma una circunferencia de cintura superior a 102 cm en el hombre y 88 cm en la mujer indica un aumento de riesgo similar al de un IMC superior a 25; pues ambos constituyen un factor de predicción para el desarrollo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. (49)

Sedentarismo: Es la falta de actividad física o inactividad física produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial; el sedentarismo tiene una relación exclusiva al incremento del peso. (56)

En países desarrollados y en las ciudades relativamente grandes, el sobrepeso y la obesidad son favorecidas por la estabilidad de encontrarse durante varias horas frente al computador, la televisión, celulares o tablets, lo que actualmente es considerada perjudicial, pues estas actividades no deberían exceder más de dos horas diarias y se deberían dedicar por lo menos de treinta a setenta y cinco minutos al día a la práctica de ejercicio físico como los aeróbicos o la bailoterapia. (56)

Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón que las personas que realizan una actividad física regular. El ejercicio físico quema calorías, ayuda a controlar los niveles de grasa, los niveles de glucosa en sangre, y la tensión arterial elevada. Asimismo conforta el corazón y hace más elásticas las arterias. Los individuos que consumen entre 500 y 3500 calorías semanalmente, ya sea laborando o realizando actividad física, tienen una expectativa de vida muy superior a las personas sedentarias. (56)

Esta falta de actividad física generalizada y progresiva en el mundo occidental es motivo de preocupación en las distintas administraciones públicas ya que puede considerarse un indiscutible problema de salud pública, dado su papel directo

como factor de riesgo cardiovascular y ligado a otros como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial. (70) La OMS recomienda realizar regularmente ejercicio físico y promover la actividad física de niños, jóvenes y adultos, realizar actividad física por lo menos durante 30 minutos al día, cinco días a la semana. (70)

Consumo de sal (sodio): es uno de los factores de riesgo más comunes en este grupo de pacientes ya que no se concientiza la cantidad de sal que se consume. En muchos países, la mayoría de esa sal proviene de alimentos procesados (por ejemplo, platos preparados, carnes procesadas como el beicon, jamón, salchichón, queso o aperitivos salados) o de alimentos que se consumen con frecuencia en grandes cantidades (por ejemplo, el pan). (68)

La ingesta excesiva de sodio se considera que también afecta la presión arterial, debido a que cuando al “aumentar la cantidad de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, acrecentando de tal manera la presión sanguínea. (68)

Los resultados del exceso de sal dietética dependen en la ingestión de sodio y la función renal, ya que la capacidad del riñón disminuye y como tal disminuye la eliminación de sodio, produciendo detención fluidos que (SENPLADES, 2009) acrecientan la tensión arterial, sin embargo es significativo insistir que ingerir cloruro de sodio en las comidas (sal) del hipertenso muestra una correlación incierta, aún no válida, ya que generalmente las investigaciones han sido incompetentes en mostrar tal correlación, pero se piensa que esta circunstancia aparezca influida genéticamente, por tanto puede confirmarse que la disminución de su deglución proporciona, en gran parte, la vigilancia de la tensión arterial elevada, de igual manera que la disminución de ingerir de sodio inferior a 5 g/día. (68) La dieta normal debería contener entre 5 a 6 gramos diarios de sal (1 cucharadita de café) lo cual disminuye la presión arterial sistólica alrededor de 7 mmHg en personas con presión normal y 11,5 mmHg en los pacientes hipertensos. (69)

La Organización mundial de la salud (OMS), recomienda a los adultos consumir menos de 200mg de sodio, o 5g de sal al día. (69)

Alcohol: es un componente de peligro controversial, estudiado a nivel mundial por las consecuencias producidas por su ingesta en diversos grados, desde este punto parten diferentes definiciones de acuerdo al interés dentro de su investigación, por ejemplo, la OMS (71) define el alcoholismo como un trastorno conductual crónico manifestado por la ingesta excesiva y repetida de alcohol, que finalmente interfieren con la salud o las funciones socioeconómicas del bebedor, mientras que la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial asegura que la ingesta de alcohol en varones en proporciones de 30g y en mujeres 20g diarios sirven para prevenir la elevación de las cifras de tensión arterial (72).

Es así que el seguimiento realizado a consumidores de alcohol, reportan que; si se disminuye el consumo de alcohol se inhibe el aumento de las cifras tensionales, (73), de igual manera el consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5mmHg. (74)

Diabetes mellitus: los defectos en la segregación y/o en la acción de insulina provoca un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con altercados en la transformación de los carbohidratos, grasas y proteínas. (75)

Existe una relación marcada entre diabetes mellitus, enfermedades del corazón y accidente cerebrovascular, dos de cada tres personas con diabetes mellitus mueren por enfermedades del corazón o enfermedad cerebrovascular, (76) la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus son unos de los componentes de peligro cardiovascular más importantes. La presencia de diabetes mellitus confiere un riesgo equivalente a 15 años de envejecimiento, un efecto comparable al del tabaquismo. (49)

Las personas con diabetes mellitus tienen una carga aterosclerótica mayor en las arterias principales, y también de enfermedad microvascular y tienen tasas de

episodios cardiovasculares en el futuro entre dos y ocho veces mayores que los individuos no diabéticos de etnia y edad comparables, el 75% de todas las muertes en pacientes diabéticos son resultado de una cardiopatía coronaria. (49)

### **13.5 Tratamiento no farmacológico o medidas higiénico-dietéticas**

Las medidas higiénico dietéticas deben ser implementadas en la medicación de todos los hipertensos, por ser de bajo costo, no genera efectos adversos indeseables y potencia la medicación antihipertensiva. El efecto hipotensor se sostiene si las medidas se mantienen a largo plazo. (77)

Se ha demostrado que las medidas higiénico-dietéticas han presentado valor positivo, tanto en la prevención como en el tratamiento de la HTA, como: la reducción de peso, evitar la ingesta excesiva de alcohol, actividad física aeróbica moderada (caminar 30- 60 min durante 3-5 días a la semana), dieta hiposódica (5-6 g por día), dieta DASH (dieta rica en frutas y verduras y baja en grasa). (77)

Otras medidas como la actuación sobre el estrés, o la ingestión de suplementos dietético (potasio, calcio, magnesio o fibra) son de validez limitada y probada sólo en determinadas subpoblaciones de hipertensos. (78)

Por lo general, se considera que una dieta rica en frutas, verduras y pobre en grasas y colesterol y especialmente el control del exceso ponderal, puede reducir las cifras de hipertensión arterial y prevenir su aparición en muchos pacientes. (78)

La supresión de componentes de peligro de la hipertensión arterial analizándolos de forma individual en relación costo-beneficio en sujetos mayores de 70 años pueden ayudan a disminuir complicaciones cardiovasculares posteriores. (79,80)

Dentro de los cambios de los componentes de peligro de la hipertensión arterial se encuentran:

- Reducción del sobrepeso (reducción de ingestión de calorías)
- Limitar el consumo de ácidos grasos saturados y colesterol
- Moderar el consumo de alcohol
- Aumento de la actividad física (ejercicio físico regular) de tipo aeróbico
- Limitar el consumo de sal (dieta hiposódica)
- Prohibición de fumar
- Regular la adquisición de potasio, calcio y magnesio (ingerir cantidad suficiente)
- Control de la diabetes.

La modificación de los estilos de vida beneficia la disminución de la presión arterial, como la reducción de peso en obesos y con sobrepeso, mejorar los hábitos de alimentación, por esa razón la Organización Panamericana de Salud(OPAS)/OMS busca incrementar y realizar habilidades e herramientas para proporcionar el progreso de acciones de detección precoz, control permanente y aumento del discernimiento de la población sobre la enfermedad, componentes de peligro y la conmoción causada por la hipertensión arterial, así como, los impedimentos que su registro y prevención representan para la salud pública. (81)

Transformación	Participación	Disminución promedio de PAS
Disminución de peso	Conservar peso corporal (IMC 18,5-24,9)	5-20 mmHg. /10 Kg
Dieta	Estabilización de alimentación (dieta rica en frutas y legumbres, pobre en grasas saturadas).  Comer alimentos ricos en potasio y calcio.	8-14 mmHg

Limitación de sodio en la dieta	Limitación de sodio, no más de 2.4 g Mínimo de 1 cucharadita de café (5 gramos)	2-8 mmHg
Actividad física	Ejercicio aeróbico frecuente por ejemplo: caminar rápido al menos 30 mins/días/semana)	4-9 mmHg

### **13.6 HABILIDADES DE PARTICIPACIÓN PEDAGÓGICA**

La participación pedagógica es la ejercicio premeditado para ejecutar acciones que acarrear al progreso completo del alumno, permite utilizar de la práctica competitiva para instruir y proporcionar cambios de actitudes de la mejor manera posible con la población que se trabaja. La participación pedagógica se ejecuta por medio de técnicas de autoilustración y heteroeducación, sean estos formales o no formales. (82)

Las habilidades de participación son imprecindibles para lograr un mejor estado de salubridad y aconsejar su dolencia. Lograr gran capacidad de salubridad, es un procedimiento que se desenvuelve con el tiempo y tiene que ver, no exclusivamente con la persona en desiguales períodos, particularidades, y periodos indispensables, asimismo con el lugar en que vive. (83)

La participación pedagógica debe explicarlar la satisfacción de privaciones reales encontrandose un organizador de la actividad céntrica de las distribuciones generales, ya que el pilar más significativo lo forman sus comediantes, que reproducen las energías, teniendo en cuenta las figuras principales que intervienen en las habilidades periódicas, la práctica de los colaboradores y los problemas a los que se confrontan. (84)

Para planificar y realizar una intervención se debe tener conocimientos necesarios acerca de la dimensión del problema, los factores asociados a su propagación, las medidas eficaces y las características de la población afectada. (85)

Según la OMS, los métodos de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación pueden ser mediante dos métodos. El primero es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, médico y enfermera es el principal comunicante. Y el segundo es el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz. (86)

Se recomienda las siguientes estrategias: educación con programas comunitarios, tácticas para fomentar variaciones de estilos de vida principalmente en individuos jóvenes, presentaciones educativas para médicos y equipo de salud, presentaciones de descubrimiento temprano de la hipertensión, ejemplos para el examen recomendable de las cantidades tensionales. (87)

La educación del paciente hipertenso es la base fundamental que tiene la salud para disminuir la morbimortalidad, con estas estrategias se podrá lograr un adecuado control de la HTA y una mejor calidad de vida. (88)

## **14 MÉTODOS**

### **14.1 Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio de acuerdo al propósito de la investigación y los objetivos planteados en la población de 20 a 64 años de los consultorios 4 y 6 de medicina familiar y comunitaria del centro de salud No. 8 en el año 2018; de nivel investigativo observacional por no encontrarse interposición del indagador,

descriptivo (univariado) al intervenir en el estudio una sola variable de interés, las demás son de caracterización, se procedió a la descripción de factores de riesgo de la hipertensión arterial en la población de estudio, prospectivo al recoger los datos de fuente de información primaria y transversal por ser medidas las variables en una sola ocasión.

## **14.2 Diseño de la investigación**

### ***14.2.1 Criterios y procedimientos de elección de la muestra o colaboradores del estudio***

La población de estudio estuvo constituida por 150 adultos con hipertensión arterial de 20-64 años que pertenecen a los consultorios 4 y 6 del centro de salud No. 8. que cumplieron los criterios de participación en el estudio:

Criterios de inclusión:

Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

Pacientes con hipertensión que posean alguna enfermedad invalidante y/o discapacidad intelectual que no le permite responder la encuesta aplicada.

### ***14.2.2 Forma de recaudación de la investigación***

Dicho estudio inició con el proceso de elaboración del consentimiento informado (Anexo I) lo que indica la importancia que tiene la bioética médica al realizar este tipo de investigaciones.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron

las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki.

El instrumento que se aplicó para identificar los factores de riesgo de la hipertensión arterial fue la encuesta tipo test, entrevistando a los adultos entre 20 a 64 años, con modificaciones realizadas por la autora de la investigación y validada por expertos de Medicina Familiar y Comunitaria y de Bioestadística; con la que se realizó un estudio piloto para corroborar los resultados de la encuesta con una población de características similares a la que se estudió. (Anexo 2)

El cuestionario quedó estructurado en cuatro secciones divididas en:

- Sección I: aspectos sociodemográficos, incluyen las preguntas 1 a la 6.
- Sección II: ámbito hábitos tóxicos, actividad física y conductas alimentarias; incluye preguntas 7 a la 12.
- Sección III: discernimiento sobre elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada, incluyen preguntas 13 a la 16.
- Sección IV: aspectos dirigidos a los componentes de la estrategia para su elaboración, incluyen la pregunta 17 a la 20.

Para determinar si realiza o no ejercicio físico se empleó el siguiente indicador:

- Realiza ejercicio físico: al menos 3 veces a la semana y no menos de 30 minutos cada vez.
- No realiza ejercicio físico: menos de 3 veces a la semana y 30 minutos cada vez.

Para valorar los hábitos alimentarios, cuándo son adecuados o inadecuados se empleó el siguiente indicador:

- Adecuado: cuando el 70% ó más de la población responde de manera correcta.
- Inadecuado: cuando menos del 70% de la población responde de manera

incorrecta.

Para determinar el conocimiento de los componentes de peligro de la hipertensión arterial se empleó el siguiente indicador:

- Conoce: cuando el 70% ó más de la población responde de manera correcta.
- No conoce: cuando menos del 70% de la población responde de manera incorrecta.

### ***14.2.3 Técnicas de recolección de información***

Las metodologías colocadas para recoger la investigación estuvieron:

VARIABLES	Tipo Técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de educación	Encuesta
Empleo	Encuesta
Condición civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Estado nutricional	Observación
Ejercicio físico	Encuesta
Antecedentes familiares de Hipertensión arterial	Encuesta
Hábitos Alimentarios	Encuesta
Conocimiento sobre factores de riesgos de hipertensión arterial.	Encuesta
Estructura en que le gustaría recibir la información	Encuesta
Disponibilidad de tiempo para recibir información	Encuesta
Periodicidad con la que le gustaría recibir información	Encuesta
Sitio donde le gustaría recibir la información	Encuesta

#### ***14.2.4 Técnicas de análisis estadístico***

Para la entrada y gestión informática de los datos se transcribió la información en

el software Microsoft Excel 2007, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada uno de las unidades de estudio, posteriormente se transporta esta base de datos al programa estadístico SPSS versión 20 para procesar los datos construyendo tablas para su presentación. La información se resumió con medidas para las variables cuantitativas (números absolutos y porcentaje).

## **14.3 Variables**

### ***14.3.4 Operacionalización de variables***

Variable	Indicador	Valor Final	Tipo/Escala
Edad	Años Cumplidos	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años	Numérica Discreta
Sexo	Caracteres sexuales secundarias	Masculino Femenino	Catagórica Nominal Dicotómica
Nivel de educación	Último nivel escolar aprobado	Analfabeto Educación básica Bachiller Educación superior	Catagórica Ordinal
Empleo	Actividad laboral que desempeña	Trabajo cuenta propia Empleado público Empleado privado Trabajo no remunerado del hogar No trabaja	Catagórica Nominal Politómica
Condición civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero Unión libre Casado Divorciado/separado Viudo	Catagórica Nominal Politómica
Etnia	Autoidentificación	Mestizo Afro ecuatoriano Indígena Blanco Mulato Montubio	Catagórica nominal politómica
Estado nutricional (IMC)	<18,5 Kg/m <sup>2</sup> 18,5- 24,9 Kg/m <sup>2</sup> 25- 29,9 Kg/m <sup>2</sup> 30- 34,9 Kg/m <sup>2</sup> 35- 35,9 Kg/m <sup>2</sup> >40 Kg/m <sup>2</sup>	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad grado 1 Obesidad grado 2 Obesidad grado 3 (mórbida)	Catagórica Ordinal
Ejercicio Físico	Cumplir entrenamiento al menos 3 veces a la semana y no menos de 30 minutos cada vez	Sí No	Catagórica Nominal Dicotómica

Antecedentes familiares de Hipertensión arterial	Antecedentes de familiares hipertensos de primera línea	Si No	Categórica Nominal Dicotómica
Hábitos alimentarios	Consumo de frutas y vegetales Consumo de alimentos integrales Consumo de alimentos asados o hervidos	Adecuado Inadecuado	Categórica Nominal Dicotómica
Comprensión sobre componentes de peligro de tensión arterial	Sobrepeso/Obesidad Ejercicio físico Edad/ sexo Presencia de diabetes mellitus Dieta con un alto contenido de sodio y grasa Antecedentes familiares de hipertensión arterial	Conoce No conoce	Categórica Nominal Dicotómica
Componente de estrategia didáctica	Preferencia para recibir información	-Charlas -Videos -Reuniones grupales -Material impreso -Dinámica de grupo -Socio drama	Categórica nominal politómica
Componente de estrategia tiempo	Tiempo disponible	-15 minutos -30 minutos -60 minutos	Categórica Nominal politómica
Componente de estrategia frecuencia	Periodicidad	-Una vez a la semana -Cada 15 días -Una vez al mes	Categórica Nominal Politómica
Componente de estrategia lugar	Preferencia de lugar para recibir información	Comunidad Centro de Salud	Categórica Nominal Dicotómica

## 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1: Distribución de hipertensos según edad y sexo. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N°8. Año 2018.**

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
20-24	0	0	1	0,7	1	0,7
25-29	3	2	2	1,3	5	3,3
30-34	2	1,3	6	4	8	5,3
35-39	5	3,3	5	3,3	10	6,7
40-44	7	4,7	9	6	16	10,7
45-49	10	6,7	10	6,7	20	13,3
50-54	12	8,0	10	6,7	22	14,7
55-59	12	8,0	18	12,0	30	20,0
60-64	16	10,7	22	14,6	38	25,3
Total	67	44,7	83	55,3	150	100

En el estudio se incluyeron 150 adultos hipertensos, se observa que existió más prevalencia en las mujeres representadas por el 55,3% (83) y el grupo de edad que prevaleció fue el de 60-64 años de edad lo que corresponde al 25,3 % (38), predominando el sexo femenino con un 14,6% (22) (Tabla 1)

En el estudio realizado por Michael J Klag en Barcelona, en el año 2013 muestra que el grupo de mayor vulnerabilidad está en hombres mayor de 45 años y mujeres mayor de 55 años, como un componente de peligro cardiovascular; lo cual difiere con la del investigador. (43)

Sin embargo, estudios realizados por la OPS/OMS en el año 2014 muestra alta prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más con el 44.4%, lo cual difiere con la de esta investigación. (40)

De igual manera las estadísticas realizadas por el INEC en el año 2014 presentan que el grupo de mayor vulnerabilidad son los adultos mayores con el 52.39%, mientras que el sexo femenino está representado por un 50,2% de la población de Ecuador, lo cual difiere con la del investigador. (87)

**Tabla 2: Distribución de hipertensos según el nivel de educación y sexo.  
Consultorios 4 y 6 del centro de salud N°8. Año 2018.**

Nivel de educación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Educación básica	24	16	36	24	60	40
Bachiller	33	22	43	28,7	76	50,7
Educación superior	10	6,7	4	2,7	14	9,3
Total	67	44,7	83	55,3	150	100

Según el nivel de educación, se observó que predominó la educación de bachiller con el 50,7% (76) del cual el 28,7% (43) prevaleció en el sexo femenino. Una minoría de la población presenta el nivel de educación superior con el 9,3% (14) del cual el sexo masculino se destacó con el 6,7% (10) (Tabla 2).

Resultados discordantes muestra el INEC en el año 2010, pues según datos estadísticos el 60% posee nivel de educación básico. (58)

Una investigación realizada por Jetón Balarezo D., Pasato Álvarez Sonia en Cuenca en el año 2016 muestra que el 58% de la población estudiada posee educación primaria. (88)

**Tabla 3: Distribución de hipertensos según empleo y sexo. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N°8. Año 2018.**

Empleo	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trabaja por cuenta propia	33	22	41	27,3	74	49,3
Empleado privado	16	10,7	9	6	25	16,7
No trabaja	18	12	33	22	51	34
Total	67	44,7	83	55,3	150	100

Teniendo en cuenta el empleo de hipertensos encuestados, predominó el trabajo por cuenta propia con el 49,3% (74), destacando el 27,3% (41) en el sexo femenino. Sin embargo, una minoría representa el 16,7% (25) con empleado privado, del cual el

10,7% (16) prevalece en el sexo masculino. (Tabla 3).

Datos estadísticos realizados por el INEC en el año 2010 difieren con la del investigador donde muestra que el 39,7% tienen empleo privado, debido a la situación económica desfavorable que presentan. (58)

**Tabla 4: Distribución de hipertensos según sexo y condición civil. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N°8. Año 2018.**

Condición civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	11	7,3	15	10	26	17,3
Unión libre	8	5,3	19	12,7	27	18
Casado	33	22	29	19,3	62	41,3
Separado o divorciado	5	3,3	1	0,7	6	4
Viudo	10	6,7	19	12,7	29	19,3
Total	67	44,7	83	55,3	150	100

En relación a la condición civil de los hipertensos en estudio, se estima prevalencia del casado representado por el 41,3% (62), sobresaliendo el sexo masculino con el 22% (33). Mientras que el 4% (6) de divorciados ó separados se encuentra con menor predominio, prevaleciendo el sexo masculino con el 3,3% (5). (Tabla 4).

Los datos estadísticos realizados por el INEC en el año 2010 difieren con la del investigador donde muestra predominio en los solteros con el 35,5%. Este comportamiento se comporta así debido a la situación económica desfavorable que presentan. (58)

**Tabla 5: Distribución de hipertensos según la etnia y sexo. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N°8. Año 2018.**

Etnia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Mestizo	45	30	56	37,3	101	67,3
Afroecuatoriano	11	7,3	11	7,3	22	14,7
Montubia	7	4,7	9	6	16	10,7
Blanca	4	2,7	7	4,7	11	7,3
Total	67	44,7	83	55,3	150	100

En la distribución de hipertensos según la autoidentificación étnica, predomina los mestizos con el 67,3% (101), con una prevalencia del sexo femenino del 37,3% (56); mientras que una minoría se autoidentificó como blanco con el 7,3% (11), del cual el 4,7% (7) predominó en el sexo femenino. (Tabla 5).

Los resultados difieren a los del investigador, ya que un estudio realizado por Báez Laura, Blanco Margarita en Colombia en el año 2007 muestra niveles altos en la etnia negra, lo cual se relaciona con factores genéticos y ambientales por la exposición prolongada de los mismos. (59)

De igual manera, Navarro L. E, Vargas M. R. muestra en una Revista Científica de EEUU en el año 2016 alta prevalencia en la etnia negra con el 40,5%; mientras que en blancos es del 27,4% y en latinos el 25,1% difiriendo con lo del investigador. (65)

**Tabla 6: Distribución de hipertensos según realización de ejercicios físicos. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Ejercicio Físico	N= 150	
	No	%
No	94	62,6
Si	56	37,3

Según la realización de ejercicios físicos, muestra que del total de hipertensos encuestados (150), no realizaban ejercicios físicos el 62,6% (94). (Tabla 6)

Un estudio realizado por Maguiña Duran P. en Perú en el año 2014 muestra que el 50% de hipertensos no realizan ejercicio físico, por tanto, muestra discreta similitud

a la del investigador. (89)

**Tabla 7: Distribución de pacientes hipertensos según el sexo y estado nutricional. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Estado nutricional	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	0	0	1	0,7	1	0,7
Normopeso	6	4	7	4,7	13	8,7
Sobrepeso	35	23,3	48	32	83	55,3
Obesidad	26	17,3	27	18	53	35,3
Total	67	44,6	83	55,4	150	100

De acuerdo al estado nutricional de hipertensos encuestados, se aprecia que el 55,3% (83) presenta sobrepeso del cual el 32,0% (48) predomina en el sexo femenino, así como el 35,3% (53) presentan obesidad; cabe recalcar que el sobrepeso tiene el porcentaje más alto, el mismo que se convierte en un factor riesgo para desarrollar hipertensión arterial. (Tabla 7)

Los resultados del investigador, difieren con el estudio realizado por ERICE en España en el año 2008 donde muestra alta prevalencia de obesidad con el 22.8%. (91)

Así mismo, el estudio realizado por Herman Schargrotsky en el año 2011 muestra alta prevalencia de obesidad entre el 18-27%, difiriendo con la del investigador. (92)

**Tabla 8: Distribución de hipertensos según hábitos alimentarios. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Consumo diario	Hábitos alimentarios			
	Adecuados		Inadecuados	
	N	%	N	%

Verduras y frutas	38	25,3	112	74,7
Cereales	52	34,7	98	65,3
Pescado y/o pollo	91	60,7	59	39,3
Carne roja	38	25,3	112	74,7
Bebidas azucaradas o postres	26	17,3	124	82,7
Cantidad sal en la preparación de comidas	63	42,00	87	58,0
Comidas altas en grasa	8	5,3	142	94,7
Agregan sal adicional a las comidas	12	8,0	138	92,0
Comidas condimentadas y embutidos	23	15,3	127	84,7

Teniendo en cuenta la distribución de hipertensos según los hábitos alimentarios, se apreció mayor prevalencia en la forma inadecuada de ingerir dietas altas en grasas con el 94,7% (142), y tan sólo el 5,3% (8) se alimenta de forma adecuada; así como el 92,0% (138) agregan sal adicional a las comidas de forma inadecuada y el 8,0% (12) ingieren de forma adecuada. Sin embargo, como factor protector se obtuvo que el 60,7% (91) se alimenta de forma de adecuada con la ingesta de pescado y/o pollo, y sólo el 39,3% (59) lo hace de forma inadecuada. (Tabla 8).

Un estudio realizado por Maguiña Duran P. en Perú en el año 2014 muestra que el 68.75% consumen sal adicional, difiriendo con la del investigador. (89)

De igual manera, el estudio realizado por Crespo Sumba Z. en la Provincia de Zamora en Ecuador en el año 2016 muestra que el 22.54% consumen sal adicional, difiriendo con la del investigador. (90)

**Tabla 9: Distribución de hipertensos según antecedentes familiares de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Antecedentes familiares de hipertensión arterial	N= 150	
	N°	%
Si	124	82,7
No	26	17,3

Según los antecedentes familiares de hipertensión arterial, muestra que del total de

hipertensos encuestados (150), el 82,7% (124) tienen antecedentes de hipertensión arterial en la familia, mientras que el 17,3% (26) no lo poseen, predisponiendo a las personas a extender este padecimiento. (Tabla 9)

Según datos estadísticos realizados en un estudio por Maguiña Duran P. en Perú en el año 2014 muestra que el 77.26% presenta antecedentes familiares de HTA, dato que se asemeja al del investigador. Esto explicaría que si un individuo presenta un progenitor hipertenso, la posibilidad de desarrollar dicha enfermedad es el doble que las de otra persona. (89)

**Tabla 10: Distribución de hipertensos según conocimientos sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Conocimiento	Factor de riesgo			
	Conoce		No conoce	
	N	%	N	%
Falta de ejercicio físico	52	34,7	98	65,3
Sobrepeso/obesidad	58	38,7	92	61,3
Dieta con un alto contenido de sodio y grasa	19	12,7	131	87,3
Edad/sexo	63	42,00	87	58,0
Presencia de diabetes mellitus	57	38,00	93	62,00
Presencia de antecedentes familiares de primera línea	106	70,7	44	29,3

Teniendo en cuenta los conocimientos sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial, se obtuvo que la mayor parte de población de estudio no conoce sobre los mismos, es así que el 87,3% (131) no conoce sobre el consumo alto de sodio y grasa en la dieta convirtiéndose en el componente de peligro con gran prevalencia en desconocimiento; el 65,3% (98) no conoce sobre la importancia de realizar ejercicio físico, seguido del 62% (93) desconoce el riesgo de presentar diabetes mellitus; así mismo el 61,3% (92) no conoce sobre el sobrepeso/obesidad como factor de riesgo de gran importancia, el 58% (87) no conoce sobre el factor de riesgo de edad/sexo; sin embargo el 70,7% (106) conoce sobre la presencia de antecedentes familiares de primera línea como factor de riesgo para la hipertensión. (Tabla 10)

Datos similares presenta el estudio de Querales M. y colaboradores en Venezuela en

el año 2011 donde muestra que el 55,47% no conocen sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial. (53)

El estudio realizado por Peña J. en Bilbao-España en el año 2014 muestra que el 55,6% de los investigados no conocen sobre los factores de riesgos de hipertensión arterial (HTA); datos que se aproximan a los del investigador. (80)

**Tabla 11: Distribución de hipertensos según componentes de estrategia didáctica sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Componentes de estrategia didáctica	No.	%
Dinámica de grupo	18	12
Videos	12	8
Charlas	120	80
Total	150	100

De acuerdo a los componentes de estrategia didáctica relacionada con los componentes de peligro de tensión arterial, se muestra que el 80% (120) de la población hipertensa le gustaría recibir información mediante charlas. (tabla 11).

**Tabla 12: Distribución de hipertensos según componente de estrategia frecuencia sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Componente de estrategia frecuencia	No.	%
Una vez a la semana	25	16,7

Cada 15 días	99	66
Una vez al mes	26	17,3

Según la distribución de hipertensos en relación al componente de estrategia frecuencia, se estima que el 66,0% (99) de la población hipertensa desea recibir información cada 15 días. (Tabla 12)

**Tabla 13: Distribución de hipertensos según componente de estrategia tiempo sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Componente de estrategia tiempo	No.	%
15 minutos	6	4
30 minutos	140	93,3
60 minutos	4	2,7

Según los componentes de e estrategia tiempo, se estima que el 93,3% (140) indicaron una disponibilidad de tiempo de 30 minutos. (Tabla 13)

**Tabla 14: Distribución de hipertensos según componente de estrategia lugar sobre factores de riesgo de hipertensión arterial. Consultorios 4 y 6 del centro de salud N° 8. Año 2018.**

Componente de estrategia lugar	No.	%
Comunidad	32	21,3
Centro de salud	118	78,7

Según los componentes de estrategia lugar, se estima que el 78,7% (118) desea recibir la información en el centro de salud. (Tabla 14)

## **16 CONCLUSIONES**

En la población estudiada prevalece el sexo femenino, entre los 60 a 64 años, con nivel de instrucción bachiller, trabajadores por cuenta propia, mestizos y estado civil casado.

Dentro de los factores de riesgo más prevalentes se encuentran la no realización de ejercicios físicos, los antecedentes familiares de hipertensión arterial, el sobrepeso y

los hábitos alimentarios inadecuados.

La mayoría de la población estudiada no conoce los elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada.

Los componentes de la táctica pedagógica para cambiar elementos de inseguridad de la tensión arterial elevada preferidos por la población estudiada son las charlas como técnica para recibir información, en un tiempo estimado de 30 minutos cada 15 días en el centro de salud.

La estrategia de intervención educativa es oportuna y necesaria en este grupo poblacional para elevar el conocimiento sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Aplicar la estrategia de intervención con el objetivo de educar a la población sobre la importancia de los factores de riesgo de hipertensión arterial para reducir la incidencia y prevalencia de ésta enfermedad, así como, lograr cambios positivos en los estilos de vida y elevar el nivel de salud de la población.

## 18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Guerra G. Díaz M. Vidal A. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermar [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Ago. 14]; 26(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192010000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000200007&lng=es).
- 2.-OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Canadá. 2010. Resumen de orientación 2010.
- 3.-MINISTERIO DE SALUD. (2005) Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1st Ed. Santiago: Minsal. Chile.
- 4.-Organization World Health. Global status report on non communicable diseases [Internet]. Ginebra: World Health Organization; abril 2011 [citado 20 Sep 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/).
- 5.-Paynter NP, Everett BM, Cook NR. Predicción del riesgo de Enfermedad Cardiovascular en la mujer: ¿Qué papel tienen los nuevos biomarcadores? Acta bioquímica clínica latino americana [Internet]. 2014 [citado 01 May 2015]; 48(2):257-269.  
Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572014000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572014000200013&script=sci_arttext)  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572014000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032529572014000200013&script=sci_arttext)
- 6.-Organización Panamericana de la Salud [Internet]. San salvador: OPS; c1902-2015 [actualizado 28 Sep 2014; citado 20 Sep 2015]. El salvador Promueven actividad física para evitar enfermedades cardiovasculares. [aprox. 2 pantallas].  
Disponible en: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_content&view=article&id=935:promueven-actividad-fisica-para-evitar-enfermedades](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=935:promueven-actividad-fisica-para-evitar-enfermedades)  
[http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_content&view=article&id=935:promueven-actividad-fisica-para-evitar-enfermedades-cardiovasculares-&Itemid=212](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=935:promueven-actividad-fisica-para-evitar-enfermedades-cardiovasculares-&Itemid=212)
- 7.-Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra: OMS; c1948-2016 [actualizado Ene 2015; citado 22 Sep 2015]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- 8.-Organización Mundial de la Salud. Las Diez principales causas de defunción en

el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; c1948-2016 [actualizado May 2014; citado 25 Oct 2015 ]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

9.-Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad debida a Enfermedades Cardiovasculares en las América [Internet]. Washington: OPS; c1902-2016 [citado 20 Sep 2016]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.paho.org/hipertension/?page\\_id=298](http://www.paho.org/hipertension/?page_id=298)

10.-Organización Panamericana de la Salud, Causas principales de mortalidad en las Américas. Sistema Regional de Mortalidad, 2012. Health Inteligencie Plataforma (PHIP) [Internet]. Washington: OPS; c1902-2016 [citado 25 Oct 2015]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://ais.paho.org/hip/viz/mort\\_causasprincipales\\_lt\\_oms.asp](http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp)

11.- OMS. (2013). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 09 de 04 de 2015, de [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

12.-Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014 [Internet]. Ginebra, 2014 [citado 03 Oct 2015]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/countries/ecu\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/ecu_es.pdf?ua=1)

13.- PP el verdadero. (2014). Hipertensión arterial afecta a 71752 personas en el Ecuador. Recuperado el 09 de 04 de 2015, de <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-saludable/item/la-hipertension-arterialafecta-a-717529-personas-en-el-ecuador.htm>

14.-Ministerio Salud Publica del Ecuador. Indicadores Básicos de salud Ecuador 2012 [Internet]. Quito 2016 [citado 30 Oct 2016]; p. 11-13 Disponible en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=471-indicadores-basicos-de-salud-ecuador-2012&Itemid=599&lang=en](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=471-indicadores-basicos-de-salud-ecuador-2012&Itemid=599&lang=en)

15.-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. Anuario de nacimientos y defunciones. 2014 [Internet]. Quito: INEC; 2014 p. 76 [citado 14 Sep 2015]; Disponible en:

[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/An](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/An)

uario\_Nacimientos\_y\_Defunciones\_2014.pdf

16.-Galindo M. Mejía J. Ossa J. Restrepo L. Impacto de una intervención educativa sobre factores de riesgo para hipertensión arterial en grupos familiares del barrio la sultana de la ciudad de Manizales universidad de Manizales facultad de medicina centro de investigaciones artículo científico, Manizales, noviembre 2005. [citado 2015 Abr 12] Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/handle/6789/1466>

17.- Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. La nueva situación epidemiológica del Ecuador. [citado diciembre 2015] Revista informativa. Edición N° 32, junio 2014. ¿Disponible en:[http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599)

18.-Caro D. Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas [tesis]. Santiago: Universidad de Chile Facultad de economía y negocios; 2014 [citado 4 junio 2016]. Disponible

en:<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115335/Impacto%20Economico%20de%20las%20Enfermedades%20Cr%C3%B3nicas.pdf?sequence=1%20ok>

19.- García R. Rivero L. Intervención educativa en pacientes hipertensos en un área de salud. Marzo 2009 Octubre 2010. Rev Cuba de Car y Cirugía Cardiovascular. 2012;18(3):157-161. Publicada por ECIMED. Disponible en:<http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewArticle/10>

20.-Cataño B, Ubéimar J, Duque BJ, Naranjo G.C, Rúa M.C, Rosique GJ, et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas emberachamí de Cristianía (Jardín), Antioquia. Iatreia [Internet]. Mar 2015 [citado 11 May 2015]; 28(1): 5-16. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932015000100001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932015000100001&lng=en)

21.-World Heart Federation. Factores de riesgo de enfermedades cardiovascular [Internet]. Ginebra: WHF; c1978-2016 [citado 10 Nov 2015]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular->

health/cardiovascular-disease-risk-factors/

22.-Texas Heart Institute. Factores de riesgo cardiovascular [Internet]. Texas, Estados Unidos: THI; c1962-2015 [actualizado Dic 2014; citado 25 Jul 2015]. [aprox.

4 pantallas]. Disponible en:

[http://www.texasheartinstitute.org/hic/topics\\_esp/hsmart/riskspan.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/hic/topics_esp/hsmart/riskspan.cfm)

23.- Díaz ÁO, Díaz CO, Díaz ÁN, Valdés ML, Yera IB, Carpio V, et al. Caracterización de los factores de riesgo vascular en pacientes adultos. *Cor Salud* [Internet]. Sep 2013 [citado 27 Jul 2016]; 5(3):269-273. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cors/pdf/2013/v5n3a13/es/frc-aps.pdf>

24.- Alcocer L, Lozada O, Fanghänel G, Sánchez L, Campos E. Estratificación del riesgo cardiovascular global. Comparación de los métodos Framingham y SCORE en población mexicana del estudio PRIT. *Cir Cir* [Internet]. Abr 2011. [citado 24 Sep 2015]; 79:168-174. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66221099010.pdf>

25.-Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Perú. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015MINSA.pdf>

26.-Ibarra O. La adherencia, nuevo paradigma en la relación farmacéutico paciente. IV jornada de excelencia en farmacia hospitalaria. Galdakao; 2014 [citado 12 de septiembre 2017]. Recuperado a partir de:[http://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/06/AAFF\\_Documento\\_final\\_baja.pdf](http://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2017/06/AAFF_Documento_final_baja.pdf)

27.- Rondón N. M., Rondón G. A., Guerra A. O. Manual clínico de hipertensión arterial. (Tesis). Venezuela. 2013[Internet]. Venezuela. Universidad los Andes. [citado 06 sep 2015]. Disponible en: [http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37250/1/manual\\_clinico\\_hta.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/37250/1/manual_clinico_hta.pdf)

28.-Sociedad Argentina De Hipertensión Arterial (SAHA). (2012). Estilo de vida saludable, presión arterial saludable. Obtenido de Día de la hipertensión arterial: <http://www.csjn.gov.ar/medprev/notas/ha.pdf>

29.-Campos, U. Y., & Romo G. T. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. *Revista Psicología Científica.com*, 16(11), 1-2. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/complejidad-cambio-habitos-alimentarios/>

30.- El universo. (2015). Dos décadas tomaría bajar incidencia de hipertensión. *El Universo*. Recuperado de

<http://www.eluniverso.com/noticias/2015/05/17/nota/4877596/dosdecadas-tomaria-bajar-incidencia-hipertension>

31.- Herrera M. Análisis Situacional Integral de Salud. Consultorio Médico Familiar #6 del Centro Salud N°8. 2016.

32.- Touriñán L. J. Intervención educativa, intervención pedagógica y educación: La mirada pedagógica. España. 2011. Rev Port. [internet]. Disponible en: <https://digitalisdsp.uc.pt/bitstream/10316.2/5325/2/29%20%20Intevencion%20Educativa,%20Intervencion%20Pedagogica%20y%20Educacion-%20La%20Mirada%20Pedagogica.pdf?ln=pt-pt>

33.-Prado H. Rojas I. Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos la sabanita. Tesis ciudad bolívar estado bolívar. Agot 2010;45. [citado 2015 Jul 18] Disponible en:<http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2244/1/47%20Tesis.%20WG9%20P896.pdf>

34.- Organización Mundial de la Salud. Informe general sobre Hipertensión Arterial en el mundo. [Online]; 2013 [citado 16 de abril 2017]. Recuperado a partir de:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013).

35.-Ministerio de Salud pública del Ecuador. Principales causas de morbilidad general, 2014 [Internet]. Quito: MSP; 2015 [citado 22 May 2016]; Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Men u#!/publish-confirm>

36.-JNC-8 Panel. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. JAMA 2014; 311:507-520.

37.-Domínguez J. Dislipidemia y obesidad como factores asociados a la hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de cardiología y medicina interna del hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS) Ambato. [Trabajo de Investigación]Universidad Técnica de Ambato, en el período 01 de julio del año 2009 al 31 de enero del año 2010, Ambato –Ecuador Julio,2011 <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/913>

38.-Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra: OMS; c1948-2016 [actualizado Ene 2015; citado 22 May 2016]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

39.-Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository

- [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>). Consultado el 11 de febrero de 2013.
- 40.-OPS/OMS. La nueva situación epidemiológica de Ecuador. revista informativa. 2014; Edición7. No.32 pag 7-13. [revista en internet]. [citado 2016Nov]. ¿Disponible, en: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599&lang=en](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599&lang=en)
- 41.-Castells, Boscá, García y Sánchez. Hipertensión arterial. Pag. 5 [Internet]. [Consultado 2016, Enero, 16]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
- 42.-Organización Mundial de la Salud. Manual de Hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria. 2009; Pag: 11. [Internet]. [Consultado 2016, Enero, 21]. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>
- 43.-Michael J Klag. Epidemiología de la Enfermedad cardiovascular. En: Goldman L, Schafer A. Editores. Cecil Tratado de medicina interna. 24a ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 258-261.
- 44.-Malpica, Heredia, Ramírez y Figueredo. Hipertensión arterial en el anciano. Rev. Científica de América Latina. 2009; 10(2), pág. 132.
- 45.-Romero, F. L., Alonso, V. B., Arcos, F. S., Peralta, L. P., Fernández, J. M. C., Abadal, L. T., ... & Juanatey, J. R. G. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 53(1), 66-90. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/13041317/>
- 46.- Andino P. D. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos que acuden a la consulta externa en el dispensario del IESS de Cotacollao. [Tesis]. Universidad Central del Ecuador. 2013. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1892/1/T-UCE0008-24.pdf>
- 47.- Santamaría R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. Rev. NefroPlus. Asturias. 2015;7(1):11-21. Disponible en: [file:///D:/Nueva%20carpeta/DISCO%20LOCAL%20D/ORLANDO/X1888970015445537\\_S300\\_es.pdf](file:///D:/Nueva%20carpeta/DISCO%20LOCAL%20D/ORLANDO/X1888970015445537_S300_es.pdf)
- 48.- Molina D. R, Martí C. J. JNC-7 Hipertensión Arterial. New Association Academic, Journal Public Global of Medicine. 2016. Disponible en:

<http://www.nasajpg.com/2016/01/25/jnc-7-hipertension-arterial/>

49.-Ridker P, Libby P, Buring J. Marcadores de riesgo y prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. En: Braunwald E. Editor. Tratado de Cardiología. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 891-930.

50.-Gonzales SC, Agudo TA. Factores de riesgo: aspectos generales. En: Zurro A.M. y Cano P. Editores. Atención Primaria Conceptos, organización y práctica clínica. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 741-753.

51.-National Heart Lung and Blood Institute. Estudio del Corazón de Framingham [Internet]. Boston, Estados Unidos; c1948-2015 [actualizado 25 Sep 2015; citado 27 Sep 2015]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php>

52.-Castillo AI, Armas RN, Dueñas HA, González GO, Arocha MC, Castillo GA. Riesgo cardiovascular según tablas de la OMS, el estudio Framingham y la razón apolipoproteína B/apolipoproteína A1. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. Dic 2010 [citado 14 May 2015]; 29(4):479-488. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403002010000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002010000400008&lng=es).

53.- Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. Rev. Salud Pública [Internet]. 2011; 13(5): 762. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000500004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000500004&lng=en).

54.-ICBF.ENSIN 2005. [en línea]. Disponible en: <http://nutrinet.org/component/remository/func-fileinfo/385/>. Consultado marzo 4 del 2011

55.- Instituto de Recreación y Deporte. IDRD. Muévete Bogotá. [en línea] Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/guia/interfaz/ciudadano/VIEWtramite.php?tipo.=servicio&cambio=yes&id=1205> Consultado: Febrero 24 del 2011

56.-Angelinacomae (2009), LA HIPERTENSION ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

57.- Dávila-Torres J, González-Izquierdo, J, Barrera-Cruz b. Panorama de la Obesidad en México [Internet]. Medigráfico 2014 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152t.pdf> [citado el 15 -10- 2016]

58.- INEC 2010. Ecuador. Disponible en:

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp.content/descargas/Manulateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>

59.-Laura Báez, Margarita Blanco, Bohorquéz Ricardo, et al, (2007). para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista colombiana de Cardiología. Vol. 13, 721-40.

60.-Delgado Vásquez Bolívar. Segarra Espinoza Edgar. Fundamentos de Cardiología Clínica. 1st ed. Universidad de Cuenca: Facultad de Ciencias Médicas; 2005.

61.- Hernández González R, Núñez Hernández I, Rivas Estany E, Álvarez Gómez JA. Influencia de un programa de rehabilitación integral en pacientes hipertensos obesos. Rev Digital Buenos Aires [serie en Internet] 2003[citado 28 May 2004]; 9(59): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd59/rehab.htm>

62.- Caro S. Determinantes sociales y conductuales en salud nutricional: evidencia para Chile. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Oct 26]; 42(1):23-9. Disponible, en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182015000100002&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000100002&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100002).

63.- Fundación Española del corazón. Colesterol y riesgo cardiovascular. [Internet]. Madrid: FEC; c1967-2016 [citado 18 Sep 2016]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en : <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgocardiovascular/colesterol.html>

64.- Raimon L, Madrugar J, Extremera G, Gómez P. Aterosclerosis coronaria. En: Farreras P, Rozman C. Editores. Medicina interna. 17a ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 465-471.

65.- Navarro L. E, Vargas M. R. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. Rev. Cient. Sal. Uninorte. [Internet] 2009[citado 2016 May 11]; 1(25): 88-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a09.pdf>

66.- Krummel D. (2009). “Terapia nutricional médica para las enfermedades cardiovasculares”. En Nutrición y dietoterapia de Krause (12ª ed. Editorial Masson. Barcelona, España.p. 857.

67.- Longo E., Navarro E. (2007). “El plan de alimentación en las enfermedades cardiovasculares”. En Técnica dietoterápica (2ª ed.). Editorial El Ateneo. Bs. As.p.272-275.

68.-Ferrante D., Konfino J., Mejía R., Coxson P., Moran A., Goldman L., y Pérez S.

- E. J. (2012). Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Panam Salud Publica*, 32(4), 274-80. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/05.pdf>
- 69.- Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles [internet]. File. Disponible en: [https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos\\_ECNT\\_01\\_de\\_junio\\_2011\\_v.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf). [citado 22 -10 – 2016]
- 70.- OMS. Inactividad Física: Un Problema de Salud Pública Mundial. [en línea] Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/index/html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/index/html)  
Consultado: enero 26 de 2011
- 71.-OMS. Report of the Expert Committee on Physical status: The use and interpretation of anthropometry. 1-8 November who Genève Nutrition Unit. Division of food and Nutrition. 1993[en línea] Disponible en: [http://www.slan.org.ve/publicaciones/completas/efecto\\_urbanizacio\\_salud\\_poblacion.asp](http://www.slan.org.ve/publicaciones/completas/efecto_urbanizacio_salud_poblacion.asp)
- 72.- Mancía, G. (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 66(10), 23-64. Recuperado de [https://scholar.google.com/scholar\\_url?url=https://xa.yimg.com/kq/groups/1099152/63764484/name/Guias%2BHTA2013.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsbggp&ct=res&cd=0&ei=jOVRWKj0EcP6mAH5pJ\\_wAw&scisig=AAGBfm2VkQB3QDQn3YJeGMaywqfLSJTCRQ](https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://xa.yimg.com/kq/groups/1099152/63764484/name/Guias%2BHTA2013.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsbggp&ct=res&cd=0&ei=jOVRWKj0EcP6mAH5pJ_wAw&scisig=AAGBfm2VkQB3QDQn3YJeGMaywqfLSJTCRQ)
- 73.- OMS. Enfermedades Cardiovasculares, en línea. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>. Consultado: 15 de febrero de 2011  
OMS. Salud ocupacional. Organización del trabajo y el estrés. [en línea] Disponible en: [http://www.who.int/occupational/\\_health/publications/stress/es/](http://www.who.int/occupational/_health/publications/stress/es/). Consultado: febrero 16 de 2011.
- 74.- Organización Panamericana de la Salud. OPS. La salud de las Américas: Resumen Ejecutivo. [en línea] Disponible en: [http://www.paho.org/english/DBI/MDS/HIA\\_exec\\_summary.pdf](http://www.paho.org/english/DBI/MDS/HIA_exec_summary.pdf) Consultado: 21 de Diciembre de 2010

- 75.- OPS. Guías ALD 2006 de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2. [en línea] disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-guia-alad.pdf> Consultado: Noviembre 30 de 2010
- 76.- American Diabetes Association. Enfermedades del corazón [Internet]. Washington DC: ADA c:1995-2016 [citado 21 enero 2016]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/vivir-condiabetes/complicaciones/enfermedades-del-corazon/>
- 77.- Narvárez J. Rodríguez P. "Elaboración del plan de mejoramiento del tratamiento de pacientes hipertensos en la ESE-David Molina Muñoz de Oporapa-Huila." (2015).
- 78.- Melgarejo R. E, Huertas R. D, Rozo M. L, Ospina A. J, González Quevedo L. Tratamiento de la hipertensión y el impacto de los cambios en el estilo de vida en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Med. [Internet] 2011. [citado 2016 Ag 12]; 19(1): 16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n1/v19n1a02.pdf>
- 79.- Sosa-Rosado J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Rev. An. Fac. med. [Internet] 2010. [citado 2016 Ag 12]; 71 (4): 241-244. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a06v71n4>
- 80.- Peña S. J. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. (Esp): Universidad Pública de Navarra; 2014.  
Disponible en: [http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11277/JaionePeC3%B1aSainz delaMaza.pdf? sequence=1](http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11277/JaionePeC3%B1aSainz%20de%20la%20Maza.pdf?sequence=1)
- 81.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs./EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- 82.- Jiménez E. D. La intervención educativa: Una visión holística de los problemas sociales. México. 2007. Disponible en: [http://upn291.edu.mx/revista\\_electronica/DanielIntervencion.pdf](http://upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf)
- 83.- Santacreu M. J. Protocolo general de intervención clínica en Psicología. Madrid. 2011. Disponible en: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_general\\_intervencion\\_clinica.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf)
- 84.- Veliz L Mendoza S. Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería universitaria,

[revista en la Internet]. 2015, vol. 12, no 1, p. 3-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>

85.- Rosas P. Palomo S. Borrayo G. Madrid A. Almeida E. Galván H et al. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [revista en la Internet]. 2016, vol. 54, no S1, p. 6-51. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>

86.- Álvarez M. Morales I. Morales E. Vega B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del policlínico previsor. Humanidades médicas. 2011 [citado 2015 Feb. 05];11(3):433-52. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-)

87.- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) -: Nacimientos y defunciones de la República del Ecuador, correspondiente al año 2014. [citado 17 marzo 2015] Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web\\_inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web_inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf)

88.- Jetón Balarezo Doris, Pasato Álvarez Sonia. Factores predisponentes a hipertensión arterial en adultos de 40 a 65 años de edad, centro de salud “san Fernando”. Cuenca 2016

89.- Maguiña Duran P. Factores de Riesgo que Predisponen a Hipertensión Arterial en Adultos [Internet]. cybertesis. 2014. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/Maguiña\\_dp.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/Maguiña_dp.pdf). [Citado 12 -09- 2016].

90.-Crespo Sumba Z. (2016). Prevalencia de Hipertensión Arterial en el Adulto. [Internet] [dspace.unl.edu.ec](http://dspace.unl.edu.ec). Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13826/1/tesis%20final%20ista.pdf> [29-12-2016].

91.-Rafael G, Alonso M, Segurab A, Tormoc M, Ortigado L, Banegase J, Brotonsf C, Enlosa C, Fernández - Cruzh A, Muñizi J, Reviriegoa B, Rigo F. Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. 2008. disponible en:[http://www.redheracles.net/media/upload/research/pdf/188176791320927289.p](http://www.redheracles.net/media/upload/research/pdf/188176791320927289.pdf)df [Citado 11 -12-2016].

92.- Schargrodsky H, Hernández R, Marcet Champagne B, H Vinueza, R Silva,

Ayçaguer L, Touboul P, Boissonnet C, Escobedo J, Pellegrini F, Macchia A, Elinor W. El riesgo cardiovascular en América Latina: Estudio Camela. INTRAMED.

Disponible en

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18503748201100040001437482011000400014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18503748201100040001437482011000400014)[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185037482011000400014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185037482011000400014) [Citado 8 -12-2016].

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de identidad número \_\_\_\_\_ paciente del consultorio de medicina familiar #6, he recibido por parte del médico \_\_\_\_\_ la información verbal acerca de la investigación sobre estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en la población de 20 a 64 años. La misma que no tiene ningún interés económico ni lucrativo, ya que se llevará a cabo con el fin de analizar mi estado de salud buscando la prevención de complicaciones letales, lo cual permitirá al equipo de salud tomar medidas de índole educativo, preventivo, diagnóstico y curativo.

Esta investigación llevará implícita la realización de una encuesta, toma de tensión arterial y análisis de laboratorio. Acordando que mi identidad personal no será revelada a personas ajenas a la investigación o en publicaciones que emanen de las mismas.

Se me ha informado que en caso de requerir más información podría ubicar al médico en el consultorio Médico Familiar #6 del Centro de Salud No. 8 al teléfono 0995138580. Además, comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y estado de salud en general.

Atendiendo a todo esto presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Nombre del paciente: .....

Firma: .....

Fecha: .....

Hora: .....

Nombre del médico: .....

Firma: .....

Fecha: .....

Hora: .....

## Anexo 2

### Cuestionario sobre factores de riesgo de la Hipertensión Arterial

#### A) ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Peso: Talla :

2. Sexo:

1	Masculino	
2	Femenino	

3. Años Escolaridad:

1	Analfabeto	
2	Educación básica	
3	Bachiller	
4	Educación superior	

4. Ocupación:

1	Trabajo por Cuenta propia	
2	Empleado público	
3	Empleado privado	
4	Trabajo o remunerado del hogar	
5	No Trabaja	

5. Señale su estado civil:

1	Soltero	
2	Unión Libre	
3	Casado	
4	Separado/Divorciado	
5	Viuda (o)	

6. Auto identificación étnica

1	Indígena	
2	Afroecuatoriana	
3	Mulata	
4	Montubia	
5	Mestiza	
6	Blanca	

B) ASPECTOS SOBRE HABITOS TOXICOS, ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS

7. Cuántos días a la semana realiza ejercicios físicos?

A	1 vez a la semana o nunca	
B	2 veces a la semana y menos de 30 minutos	
C	Tres veces a la semana o más y 30 minutos o más	

8. Señale qué tipos de alimentos consume a diario?

A	Verduras y frutas	
B	Cereales (avena y granola)	
C	Pescado y pollo	
D	Carnes rojas y procesadas	
E	Bebidas azucaradas ó postres	
F	Embutidos, y comidas condimentadas	

9. Cómo prepara habitualmente las comidas?

A	Frito	
B	Hornado ó asado	
C	Hervido	

10. Entre los condimentos que utiliza en sus comidas? Se destacan:

A	Hierbas, especias naturales	
B	Cubito de caldo, aderezó, sabores en cubo ó polvo	

11. Le agrega sal a las comidas después de servidos los alimentos?

A	Si	
B	No	

12. ¿Durante la preparación de los alimentos que cantidad de sal le agrega a las comidas?

A	1 cucharadita ó menos	
B	Más de 1 cucharadita	

C) CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

13. Conoce usted si el exceso de peso ayuda a tener hipertensión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sabe	

14.- ¿Identifique cuál de estas condiciones le puede elevar la presión arterial?

A	Realizar ejercicio físico	
B	No Fumar	
C	Obesidad	
D	Sexo	
E	Edad avanzada	
F	Tener diabetes	
G	Comidas baja en grasas	
H	Comer con poca sal	
I	No se	

15.- ¿Una dieta pobre en grasas, rica en fruta y verduras incide en la reducción de la presión arterial?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

16.- ¿Cree Ud. ¿Que tener familiares con hipertensión arterial favorecería a padecer esta enfermedad?

A	Si	
B	No	
C	No sé	

D) ASPECTOS DIRIGIDOS A LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA

17.- Por qué medio le gustaría recibir información sobre factores de riesgo de la hipertensión arterial?

A	Charlas	
B	Reuniones grupales	
C	Videos	
D	Materiales impresos	
E	Socio drama	
F	Dinámica de grupo	

18.- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información?

A	Una vez a la semana	
B	Cada 15 días	
C	Una vez al mes	

19.- ¿Con qué tiempo usted considera que dispone para recibir la información?

A	15 minutos	
B	30 minutos	
C	60 minutos	

20.- En qué lugar le sería más cómodo para recibir información?

A	Comunidad	
B	Centro de salud	

Nombre entrevistador: ..... Firma.....

## ANEXO 3

### INTRODUCCIÓN

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el adecuado control de la hipertensión arterial (HTA), ya que le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. (1)

La eficacia de la atención primaria, a través de la educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene por objeto la promoción de la misma, a través de numerosas actividades brindadas por los profesionales de salud entre ellos: enfermeras, médicos, nutricionistas y personal capacitado para dichas actividades. (2)

Los beneficios de un cambio en el estilo de vida y en un buen control de las cifras de presión, que en definitiva incurrirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida hace necesario que la persona hipertenso tenga el máximo de conocimiento sobre su enfermedad. (3)

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden recurrir para transmitir mensajes de salud y educación que describe la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz. (3)

Los principales factores de riesgo pueden ser no modificables como: edad, sexo, factores genéticos/historia familiar, y modificables, precisamente los de mayor interés, ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: tabaquismo, dislipidemia, sobrepeso/obesidad, sedentarismo y consumo excesivo de sal. (4)

El problema que presenta el paciente hipertenso, es que su educación basados en estrategias respecto a su enfermedad debe ser lo más completa posible, abarcando distintos aspectos de su enfermedad. En términos generales la información brindada debe orientarse hacia aspectos positivos y no hacia el temor, ya que este último frecuentemente genera rechazo o inexistencia de la enfermedad. (5)

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, las acciones de prevención son las más activas para conseguir una mejor calidad de vida de la población. Durante los últimos años, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral de la salud, fundamentadas en la necesidad de fortalecer el nivel primario de atención, que es el primer contacto con la población, cambiando el objetivo de la salud en ese nivel, reubicando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. (6)

El control de la presión arterial (PA) y la prevención de la hipertensión arterial (HTA), es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa que existe para la disminución de las complicaciones cardiovasculares. Por lo tanto, la importancia de ejecutar estrategias poblacionales con medidas de promoción y educación, dirigidas a la disminución de la presión arterial media en la población es fundamental. (7)

El concepto de promoción de salud comienza a abordarse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce formalmente el enfoque de cuidados primarios de salud, como estructura para el mejoramiento de la salud, adoptando la meta de salud para todos. (8)

La OMS en el año 1986, en Ottawa, Canadá, se lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se define que promoción de salud es proporcionar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (8)

Según el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el perfeccionamiento de la prevención y control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, por lo que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. (9)

La promoción de la salud constituye un proceso social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud colectiva e individual. (10)

Las estrategias se basan en conseguir que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. Así, la promoción de salud implica fomentar factores que incidan en un estilo de vida saludable, evitando aquellos que generan anomalía o enfermedad. (10)

Mediante la estrategia educativa se puede lograr que los adultos mantengan el conocimiento real de sus posibilidades, realicen proyectos, y se reintegren en una sociedad de la que han sido radicalmente aislados a raíz de un hecho cronológico. Además, las estrategias educativas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía hospitalaria y las consultas ambulatorias. (10)

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la misma y por consiguiente, mejorarla. (11)

Con el fin de alcanzar un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, las personas o las comunidades deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno. (11)

Además de lo personal y lo conductual, tiene en cuenta como estrategia más global para su aplicación y difusión cinco componentes básicos interrelacionados entre sí, tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios

de salud. (12,13)

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas:

*La información.* Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de decisiones favorables a la salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. *Educación para la salud.* Facilita el aprendizaje a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a elegir y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. *Comunicación social en salud.* Es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estas herramientas están estrechamente relacionadas entre sí y se complementan unas con otras. (11)

Por ello, se plantea como una tarea de salud la identificación de aquellos factores del estilo de vida que puedan representar un riesgo para la salud y desde la promoción y la prevención, proponer su modificación. (14)

En general, toda estrategia de educación es o debe ser social. Ya que, aunque hablemos de educación del individuo e, incluso, individualizada, esta no deja de tener lugar en la familia, en la escuela, en la comunidad y, en cierto grado, para la sociedad en la que el individuo vive. La educación supone una progresiva y continua configuración de la persona en el contexto de su enfermedad para ser y convivir con ella y los demás. (14)

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

Elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del centro de salud N° 8.

Objetivos específicos:

-Identificar los factores de riesgo de la hipertensión arterial, en pacientes de 20 a 64 años de dos consultorios médicos familiar, del centro de salud N° 8.

-Explicar la importancia de la modificación de estilos de vida saludable.

-Explicar la importancia de la dieta saludable.

-Explicar la importancia de la actividad física.

Metodología

La estrategia de intervención sobre los factores de riesgo para hipertensión arterial

fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población adulta hipertensa donde incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo, hábitos alimentarios que desencadenan la hipertensión arterial, antecedentes familiares de hipertensión arterial, conocimientos de dichos factores de riesgo y medidas educativas que van a emplearse en la población de estudio.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención de los 150 participantes serán distribuidos en 6 grupos; cada grupo formado por 25 personas.

La estrategia será implementada en un tiempo de 3 meses, dividida en 8 sesiones con un tiempo estimado de 30 minutos de duración cada una, de forma quincenal, el tipo de actividad predominante serán las charlas; las mismas que se realizarán en el centro de salud.

## Técnicas

En este programa se van a usar distintos métodos y actividades pedagógicas según

las sesiones:

En la primera sesión, utilizaremos una actividad motivacional, y una pequeña charla con conceptos generales.

La segunda sesión, iniciará con lluvia de ideas llegando a una discusión grupal y una postura general. Posteriormente una presentación en PowerPoint con la información que requieren conocer acerca de la hipertensión arterial (HTA), y sus factores de riesgo.

En la tercera y cuarta sesión, emplearemos una presentación en PowerPoint, en el que realizaremos un taller de alimentación y un juego interactivo en grupo. Se proporcionará también una tabla de alimentos a los participantes del programa y un esquema con las principales modificaciones dietéticas.

En la quinta y sexta sesión, se usará también una presentación en PowerPoint sobre el ejercicio físico en el que realizaremos un taller y juego interactivo en grupo.

En la séptima sesión, para empezar los participantes desarrollarán una lluvia de ideas y expondrán una postura en común sobre los hábitos tóxicos, después una presentación en PowerPoint.

Finalmente, en la octava sesión se establecerá una conversación con una evaluación dentro de 3 meses aproximadamente de acabar el programa.

#### Descripción de la propuesta

En primer lugar, invitaremos al programa de educación para la salud a la población

adulta hipertensa del consultorio 4 y 6 del centro de salud N° 8 de manera personal y se colocarán carteles en dicho establecimiento para que obtengan más conocimientos sobre la enfermedad que acontecen.

Se les otorgará un folleto, el cual deberá ser llenado con los datos personales de cada participante, dichos materiales deberán llevar en la primera sesión, resaltando sobre los factores de riesgo que puedan intervenir o estar relacionados con la alimentación, el ejercicio físico y los hábitos tóxicos.

Por tanto, cuando tengamos 25 personas se cerrará cada grupo y se empezará el programa, que consistirá de 8 sesiones, la primera sesión será grupal y motivacional, la segunda sesión será grupal y se explicará sobre el concepto de hipertensión y sus factores de riesgo.

La tercera y la cuarta sesión, del mismo modo grupales estarán asignadas al tema de la alimentación, la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) y el consumo de sal.

La quinta sesión, será sobre la actividad física, el ejercicio físico y su importancia.

La sexta sesión, estará relacionada con la actividad y el ejercicio físico en la hipertensión arterial.

La séptima sesión, estará determinada a los hábitos tóxicos y su relación con la hipertensión.

En la octava sesión, se notificará al beneficiario posterior a 15 días de haber acabado el programa y se evaluarán resultados.

Desarrollo de la Propuesta

## Sesión 1

Presentación y charla motivacional.

Tipo de sesión: grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer el desarrollo y temática del programa de educación.
- Explicar algunos conceptos generales.
- Invitar a los participantes a las próximas sesiones del programa.

Descripción:

La sesión comenzará con la presentación del médico y de cada uno de los adultos hipertensos, luego se dará a conocer el desarrollo del programa y los temas a tratar en cada sesión, posteriormente se dará una charla sobre conceptos generales de factores de riesgo para hipertensión arterial, posteriormente se realizará el llenado del folleto con los datos personales del colaborador, incluyendo las medidas antropométricas (peso y talla) y se finalizará motivándolos para que asistan a las próximas sesiones del programa. Anexo 2

## Sesión 2

Propuesta en común de conceptos elementales de hipertensión arterial y la identificación de factores de riesgo.

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la definición de hipertensión arterial.
- Identificar los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.
- Conocer la importancia del control de los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial.

Descripción:

En esta segunda sesión comenzará dando lugar a una lluvia de ideas con unas preguntas como, por ejemplo: ¿Qué es la hipertensión? ¿Cuáles son los factores de riesgo para hipertensión arterial? ¿Cuáles son los síntomas de la hipertensión arterial? ¿Qué importancia tiene el control de estos factores?

Con una discusión grupal iremos anotando las ideas principales en la pizarra, intentando llegar a un criterio en común. Con esto los participantes se darán cuenta desde el principio de lo que saben y lo que desconocen.

Después se pondrá una presentación en el computador, la cual comenzará con el concepto de hipertensión, los factores modificables y no modificables de ésta, riesgos que conlleva y recomendaciones para mejorar su patología.

Finalmente, entre todos se perfeccionará los sucesos apuntados en la pizarra y se colocará lo apropiado con una pequeña explicación por parte del médico. Se les agradecerá que hayan asistido, se le invitará a la próxima sesión, explicando lugar y fecha.

### Sesión 3

#### Alimentación I

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Aprender la importancia de la alimentación en la hipertensión.
- Conocer el índice de masa corporal (IMC)
- Identificar el sobrepeso y la obesidad.
- Conocer las principales modificaciones dietéticas

Descripción:

En esta tercera sesión, se iniciará saludando, luego se pondrá una presentación en el

computador, la cual se comenzará exponiendo brevemente la importancia de la alimentación en la hipertensión (ya que es uno de los principales factores de riesgo modificables). Se explicará el concepto de IMC, y en que cifras se considera bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad en sus diversos grados, resaltando que el sobrepeso y la obesidad también son factores de riesgo.

Posteriormente se explicará las principales modificaciones dietéticas, aquí daremos a los participantes la tabla para que la tengan. Anexo 4.

Por último, les invitaremos a la próxima sesión.

#### Sesión 4

##### Alimentación II

Tipo de sesión: grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer los diferentes grupos de alimentos
- Conocer la pirámide de alimentos
- Medidas caseras para medir los alimentos
- Consejos prácticos
- Ingesta de sal

Descripción:

En esta sesión, también dedicada a la alimentación, también nos ayudaremos de una presentación, en el que explicaremos los grupos de alimentos, hidratos de carbono, proteínas, grasa y vitaminas; y el porcentaje de cada una de las comidas.

Después se les dará a los participantes la pirámide de alimentación y se explicara un poco esta, se responderán dudas por parte de los participantes. Anexo 4

Luego pasaremos a realizar un juego, que consiste en que el médico trae alimentos de plástico, envases vacíos, latas, etc. En este juego consiste en formar varios grupos de

4, los participantes separan los alimentos según el grupo, y se irán diciendo después en voz alta cuantas raciones se recomiendan aproximadamente al día/semana.

Después de haber realizado el juego y haber evaluado los conocimientos de los participantes, seguiremos con la presentación con unas medidas caseras para medir las raciones de los alimentos, como por ejemplo el plato del almuerzo: que se parte en 4 partes (2 partes de vegetales ó frutas, una de carne o pescado, y otro de patata, pasta o arroz).

Por último, hablaremos la importancia de la sal en la hipertensión y de lo recomendable que es disminuir su consumo y en la cantidad que se aconseja consumirla diariamente.

## Sesión 5

Actividad física y ejercicio físico

Tipo de sesión: grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Reconocer los conceptos de actividad física y ejercicio físico
- Beneficios sobre la salud física y mental

Descripción:

En esta quinta sesión, iniciaremos saludando, seguido hablaremos de la importancia del ejercicio físico, preguntaremos si conocen lo que aporta a nuestra vida, todo esto será con ayuda de una presentación en el computador.

Luego se explicará en forma de charla los aspectos claves de la actividad física y el ejercicio físico, posteriormente solicitará a los participantes que intenten simplificar en una palabra o frase corta la diferencia de actividad física y ejercicio físico, a continuación se escribirán en un papel o pizarrón las expresiones seleccionadas, se

darán 10 minutos para reflexionar sobre las expresiones y luego se realizarán discusiones grupales acerca de las palabras analizadas y lo que significan para cada uno de ellos.

## Sesión 6

Actividad física y ejercicio físico en la hipertensión arterial

Tipo de sesión: grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer la importancia del ejercicio físico
- Identificar las actividades más adecuadas para cada persona
- Conocer el tiempo e intensidad recomendable.

Descripción:

En esta sexta sesión iniciaremos saludando, seguido hablaremos de la importancia del ejercicio físico, preguntaremos si conocen lo que aporta a nuestra vida, todo esto será con ayuda de una presentación en el ordenador, por ultimo le daremos la pirámide de ejercicios. Anexo 4

Posteriormente se explica las actividades más recomendables, ya que los participantes se hacen una idea con su pirámide en la mano, y se habla de los niveles de intensidad adecuados y del tiempo que hay que dedicar al ejercicio físico, poniendo de manifiesto que es de gran importancia realizarlo por lo menos un tiempo de unos 30 minutos y tres veces a la semana, donde se verán resultados no solo físicos, sino que notarán como mejora su bienestar personal y autoestima.

## Sesión 7

Hábitos tóxicos

Tipo de sesión: Grupal

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Conocer cómo afecta el tabaquismo
- Conocer cómo afecta el hábito de ingerir bebidas alcohólicas
- Conocer otros malos hábitos

Descripción:

Esta sesión comenzará preguntando a los participantes cuales son los hábitos tóxicos o nocivos que afectan a la salud y hacen que aumente la presión arterial, generando una lluvia de ideas y apuntando las principales ideas en el pizarrón.

Luego se hablará de cómo afecta negativamente el tabaco en las personas, animando a los fumadores a reducir el consumo o dejar el hábito.

Después pasaremos al tema del alcohol, en el cual se subrayará que el alcohol no es malo en sí, que se puede tomar generalmente en mujeres un vaso y en hombres dos de alcohol (cerveza, vino), y no ser perjudicial, al revés, es incluso saludable para la salud. El problema es cuando se abusa, a partir de esa cantidad, el alcohol solo tiene efectos negativos, y uno de ellos es la subida de la presión arterial.

Otros hábitos que también se debe saber que son perjudiciales, y que aumentan la presión arterial son por ejemplo la cafeína, se recomienda no tomar nada de café en hipertenso, se deberá cambiar por descafeinado. Para concluir nos despediremos e invitaremos a la próxima y última sesión del programa educativo.

## SESIÓN 8

Evaluación y cierre del programa de intervención

Tipo de sesión: grupal

Duración: 60 minutos

Lugar: Centro de salud

Objetivos que se pretenden alcanzar:

- Identificar conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores
- Conocer si ha instaurado en su vida cambios en los hábitos de vida
- Comprobar si ha cambiado su peso.
- Motivar a los participantes a adoptar estilos de vida saludables.

Descripción:

Esta sesión es el cierre de este programa de educación para la salud, y se llevará a cabo luego de 2 mes de haber realizado la sesión 7, por lo cual se evaluará los cambios que se han producido en las personas desde que comenzó el programa, esto se lo hará mirando el cuestionario de la primera encuesta, y los hábitos tóxicos de cada persona. Además, preguntaremos sobre los hábitos saludables en modo de conversación y para comprobar que se han instaurado cambios en su estilo de vida pesaremos a cada uno de los participantes.

Posteriormente aplicaremos una encuesta sobre los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial, que fue aplicada antes de iniciar el programa educativo, con esto evaluaremos de manera objetiva los conocimientos adquiridos sobre el tema (pos test).

Por último, los motivaremos a seguir con los cambios de estilos de vida incorporados y le damos las gracias por haber participado en el programa.

#### 9.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad a desarrollar	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Presentación del programa de intervención	X											
Conociendo la HTA y sus factores de riesgo		X										
Aprendiendo a alimentarnos I			X									
Aprendiendo a alimentarnos II				X								
Actividad física y ejercicio físico					X							
Actividad y ejercicio físico en la hipertensión arterial						X						
Hábitos tóxicos								X				
Evaluación y cierre del programa de intervención												X

#### 10.-PRESUPUESTO

Los recursos que van a ser necesarios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos humanos:

-Un médico que se encargará de las sesiones del programa y del seguimiento en consulta de los participantes.

Recursos materiales:

-Una sala en el centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y aproximadamente unas 4 mesas y 25 sillas.

-Folios y bolígrafos.

-Cartel del programa con principales modificaciones dietéticas.

-Alimentos de plástico.

-Pirámides de alimentación y actividad física.

Recursos financieros:

-Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

Pirámide de alimentación saludable



Pirámide de ejercicio físico



## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Hernández F, Mena A, Rivero M, Serrano A. Hipertensión arterial: - comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Int.1996;12(2):145-9
- 2.-Guerra G. Díaz M. Vidal A. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Ago 14]; 26( 2 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192010000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000200007&lng=es).
- 3.-Reventos D. Elaboración de un programa educativo grupal dirigido a las personas hipertensas y familiares. Enfermería Docente, Internet]2014[citado 2016, julio 24], vol. 1, no 102, p. 2- 5. Disponible en:<http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/9>
- 4.-Lobos B. J, Brotons C. C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Rev. Elsevier. España. 2011; 43(12):668677. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0212656711004689/1-s2.0-S0212656711004689-main.pdf?\\_tid=6fd475f0-973a-11e6-a2800000aacb35e&acdnat=1477018972\\_9fd4350bd188154fa24d3da0ec28b1c05.-](http://ac.els-cdn.com/S0212656711004689/1-s2.0-S0212656711004689-main.pdf?_tid=6fd475f0-973a-11e6-a2800000aacb35e&acdnat=1477018972_9fd4350bd188154fa24d3da0ec28b1c05.-)
- Villamil A. ¿Cómo educar a mi paciente hipertenso? ¿Qué debe saber? Rev Fed Arg Cardiol, 2006, vol. 310, p. 1-13. <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c310/villamil.PDF>
- 6.-Aguirre V. M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd. Peruana. Lima. 2011. v.28 n.4 pag 239. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- 7.- García R, Rodríguez S, Díaz P, Balcindes A, Londoño A, Van der Stuyft. Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. Rev. Finlay [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Sep 26] ; 6( 1 ): 41-48. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S222124342016000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S222124342016000100006&lng=es)
- 8.-Díaz B. Y., Pérez R. J, Báez P. F, Conde M. M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Cuba. 2012. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgi09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm)
- 9.-Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de

Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec>

10.- Álvarez E. M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Rev. Scielo. 2013. Vol 17(1): 79-82. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156043812013000100013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000100013&lng=es)

11.-Álvarez S. Medicina General Integral. Promoción y educación para la salud. Volumen I. Capítulo 10, pág. 82,83.

12.- Secretaría de Salud de México. Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion\\_de\\_la\\_Salud\\_y\\_Determinantes\\_Sociales.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf)

13.- Carta de Ottawa para la promoción de salud [en Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986[Consultado: 10 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

14.-Álvarez S. Medicina General Integral. Modo, condiciones y estilos de vida. Volumen I. Capítulo 9, pág. 82,83.

## DECLARACIÓN AUTORIZACIÓN

Yo, **Herrera Chica, María Teresa**, con C.C: # **0924283807** autor del trabajo de titulación: Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria, Centro de salud nº 8. Año 2018, mención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 17 de diciembre de 2018**

f. \_\_\_\_\_

**Herrera Chica, María Teresa**

**C.C. # 0924283807**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos de dos consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria, Centro de salud n° 8. Año 2018.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	<b>Herrera Chica, María Teresa</b>		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES):	Dra. Niurka Ginorio Suárez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	98
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Medicina Familiar, Psicología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hipertensión Arterial, Factores de Riesgo, Estrategia Educativa		

#### RESUMEN/ABSTRACT:

Antecedentes: La hipertensión arterial es una enfermedad crónica considerada como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, siendo un problema de salud a nivel mundial. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en 150 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, de los consultorios 4 y 6 del centro de salud No.8, en el año 2018, la información se recogió con una encuesta confeccionada por el autor y procesada con el programa SPSS versión 22.0. Resultados: predominó el sexo femenino con 83 (55,3%), el grupo de edad de 60 a 64 años con 38 (25,3%), la mayoría con instrucción de bachiller 76 (50,7%), la ocupación trabajadora por cuenta propia con 74 (49,3%), predominio el estado civil casado con 62 (41,3%); se autoidentificaron como etnia mestiza con 101 (67,3%). El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo menos identificado fue las dietas altas en sodio y grasas con el 87,3% (131); se alimentan de forma inadecuada con 142 (94,7%), los antecedentes familiares de hipertensión con 124 (82,7%), no realiza ejercicio físico con 94 (62,6%), el sobrepeso con 83 (55,3%). Conclusiones: La prevalencia encontrada en la investigación de hipertensión son mujeres mestizas, con escolaridad bachiller, casadas, trabajan por cuenta propia, el mayor porcentaje de hipertensos no conoce su enfermedad, y de los factores de riesgos que la ocasionan, la estrategia quedaría conformada por charlas cada quince días con duración de treinta minutos en el centro de salud y con los temas de menor conocimiento.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0095138580	E-mail : doctoritaacuariana18@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xaviel Landívar Varas	
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: 043804600	
	E-mail: posgrados.medicina@cu,ucsg.edu.ec	

#### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	